Rok LXVIII. Kraków, dnia 13. lutego 1909. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rozczłonkowanie histeryi tradycyjnej. Pityatyzm.

Napisał

Dr J. Babiński,

lekarz szpitala »Pitié« w Paryżu.

(Dokończenie).

Bardzo cennych dla rozpoznania wskazówek dostarcza nam więc symptomatologia danych zjawisk, lecz charakter ich określa się przedewszystkiem ich przebiegiem. Wyciska on na nich piętno, nie zawsze jednakowo widoczne, które jednak zwykle nie powinno ujść uwagi uważnego i doświadczonego badacza i które ostatecznie usuwa wszelką wątpliwość. Wyobraźmy sobie, że mamy do czynienia z zupełnem porażeniem ręki. Jeśli się nam uda kolejno wyleczyć je, a potem dowolnie odtworzyć i znów usunąć, przez to samo nadamy mu przebieg, który oczywiście jest dla rozpoznania rozstrzygającym. Wprawdzie rzadko nadarza się sposobność do dostarczenia dowodu, tak bijącego w oczy, wszakże nawet nie będąc tak oczywistym, dowód ten może być dostatecznie przekonywającym. Oto doświadczenie, którem się zwykle z powodzeniem posługuję w przypadkach porażenia ręki pochodzenia sugestyjnego: podnoszę ramię porażone i następnie je puszczam; wielokrotnie powtarzam ten manewr, starając się tymczasem pytaniami i różnego rodzaju rozkazami odwrócić uwagę chorego od tego, na czem moja własna uwaga jest całkowicie skupiona; zwykle udaje mi się spostrzedz, że zamiast upaść, jak ciało bezwładne, co przy bezwładzie organicznym następuje nieuniknienie za każdą próbą, ramię pozbawione oparcia, niekiedy przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu pozostaje w powietrzu, jak ramię człowieka zdrowego, który wysiłkiem woli utrzymuje je w tem położeniu. Doświadczenie to jest zupełnie rozstrzygającem i wydaje mi się łatwem do wytłómaczenia: taki bezwład sugestyjny, będąc, jak mówiłem, jak gdyby nieświadomem lub podświadomem udawaniem, wymaga dla utrzymania się skupienia uwagi chorego na tym punkcie; skoro uwaga została odwróconą, bezwład znika, w rzeczywistości moje doświadczenie jest zarazem zabiegiem psychoterapeutycznym, prowadzącym do chwilowego uzdrowienia bezwładu i nadającym przez to jego przebiegowi zupełnie szczególne piętno, na mocy którego mam prawo twierdzić, że moja wola w pewnym stopniu już opanowała dane zaburzenie. To właśnie nadaje, jak mówiłem, danym zjawiskom cechę znamienną, którą udaje się ujawnić w olbrzymiej większości takich przypadków, o ile się nie ograniczyć tylko do powierzchownego badania, lecz prowadzić swe dociekania z pewną przenikliwością.

Tej grupie zjawisk musimy nadać nazwę osobną, jak każdej rzeczy, która się wyróżnia choćby jedną tylko właściwością. Zaproponowałem nazwać je »pityatyzmem« (*pithiatisme*) od πειθώ — namowa, perswazya, i ἰατος — uleczalny, i oznaczać przymiotnikiem »pityatyczne« (pithiatique) każde zaburzenie tego rodzaju. Niewątpliwie, nie zawsze się leczy te zaburzenia zapomocą rozumowania w ścisłem tego słowa znaczeniu, jakby to można wnosić ze słowa »perswazya«; zarazem nazwa pityatyzm w swem znaczeniu źródłosłownem nie wyraża myśli, że te zaburzenia wywoływane są przez sugestyę; ale niepodobna znaleść wyrazu, któryby oddawał z należytymi odcieniami obie zasadnicze właściwości omawianych zjawisk. Słowo, przezemnie obrane, wyraża przynajmniej tę z nich, która jest dla lekarza najważniejsza, mianowicie zawiera w sobie myśl, że dane zjawiska mogą zniknąć w zupełności pod wpływem samej tylko perswazyi. Wreszcie, wybór nazwy jest rzeczą porozumienia i gdyby zaproponowano inną, odpowiedniejszą nazwę, chętniebym się na nią zgodził. Nie zmieniłoby to jednak istoty rzeczy.

Poważną rolę w histeryi przypisywano wzruszeniom i przyjmowano ogólnie, że zjawiska, o których mówiliśmy i którym nadaję przymiotnik pityatycznych, najczęściej powstają i znikają pod wpływem wstrząśnień moralnych; doprowadziło to do pomieszania dwu kategoryj zjawisk, które powinny być ściśle odróżniane.

Przedewszystkiem można sobie zadać pytanie, czy w rzeczy samej wzruszenie posiada przypisywane mu znaczenie w powstawaniu zaburzeń pityatycznych. Gdyby tak było w rzeczywistości, częstość i postać tych zaburzeń, w przeciwieństwie do poczynionych spostrzeżeń, powinnaby była pozostawać mniej więcej jednaką w zwykłych warunkach życia, gdyż ludzkość jest ciągle wstrząsana przez te same namiętności i wrażliwość jej nie powinna była uledz zmianie. Uznając nawet wpływ wzruszeń, uważam jednak, iż odgrywają one znacznie mniejszą rolę, niż zaraźliwość, naśladownictwo, którego wpływ, szczególnie naprzykład na napady drgawkowe, objawia się z bezsprzeczną oczywistością. Powiedzą jednak, że jeśli naśladownictwo może grać rolę w sali szpitalnej, to trudniej niem jednak wytłómaczyć przypadki, gdzie dana jednostka żyje w rodzinie, nie styka

się z chorymi i gdzie pierwszy napad, następując bezpośrednio po wzruszeniu, posiadał cechy zjawiska samorzutnego. Odpowiem na to, że głębsze badanie wykrywa częstokroć, iż ta samorzutność jest tylko pozorną, że jest to odtworzenie napadu, spostrzeżonego u kogoś innego; wreszcie, że często to, co się nazywa napadem histerycznym, nie jest niczem innem, jak celowem nagromadzeniem krzyku, gestykulacyi i skurczów, wynikających nie ze wzruszenia, lecz ze świadomej chęci danej jednostki poruszenia swego otoczenia. Wreszcie trzeba zauważyć, że mytoman, któryby chciał udawać drgawki, choćby nawet nigdy nie był obecny przy napadzie histerycznym, mógłby samodzielnie dojść do odtworzenia ruchów, podobnych do tych, w jakich się uzewnętrznia prawdziwy napad. Nie wydaje mi się również dowiedzionem, by uleczenie zaburzeń pityatycznych, nawet gdy się zdarza w warunkach, zdolnych wywołać wzruszenie, było bezpośrednim wynikiem doznanego przez chorego wzruszenia. Oto naprzykład młoda dziewczyna, dotknięta histerycznem porażeniem poprzecznem, zostaje zupełnie uzdrowiona po zanurzeniu się w źródle cudotwórczem. Zgadzam się chętnie, że była ona mocno wzruszona pobożnym obrządkiem, w którym brała udział; ale również nie można zaprzeczyć, że będąc powiadomioną o uzdrowieniach, jakie się tu już wydarzyły, tem samem podlegała praktykom sugestyjnym i perswazyjnym, któremi można sobie wytłómamaczyć jej powrót do zdrowia.

Weźmy inny przykład: chory dotknięty porażeniem poprzecznem lub połowiczem, opornem względem wszelkich zabiegów psychoterapeutycznych, usłyszawszy, że się u niego pali, opuszcza swe łoże, ucieka i w ten sposób nagle zostaje uzdrowiony. W tym przypadku wzruszenie zdaje się być niewątpliwą przyczyną uzdrowienia, a jednak, po zastanowieniu się może się to wydać spornem. Nie trzeba zapominać, że się takim chorym zwykle wmawia, iż uleczą się oni pewnego dnia, nagle pod wpływem radości, strachu lub innego wstrząśnienia moralnego; można przypuścić, że te przepowiadania, które wynurzyły się w umyśle chorego w chwili niebezpieczeństwa, wywarły nań wpływ psychoterapeutyczny. Można też podać inne objaśnienie. Mianowicie można przypuścić, że osobnik, dotknięty zaburzeniem pityatycznem, gra poniekąd pewną rolę, coprawda nieświadomie lub podświadomie, gdyż w razie przeciwnym byłby on zwykłym symulantem. Musi on skupić w tym kierunku całą swą uwagę; i to niewątpliwie dla tego, odwracając podstępnie jego uwagę od pochłaniającej go myśli, udaje się nam czasami, jak to wykazałem wyżej, usunąć chwilowo jego cierpienie. Czyż nie jest logicznem przypuścić, że groza wielkiego niebezpieczeństwa jest nader zdolną w podobnym przypadku zmienić bieg myśli? Chory, przestając myśleć o swym bezwładzie, odzyskuje całkiem naturalnie władzę w członkach; gdy zaś myśl o niemocy powraca mu do głowy, wówczas stwierdza on, że na przeciąg tych kilku chwil całkowicie pozbył się był swego cierpienia, a to przecież zupełnie wystarcza, by się przekonał, że stan jego był uleczalny.

To też nie wydaje mi się dowiedzionem, by zjawiska pityatyczne stały w ścisłym związku ze wzruszeniem. Ale nawet przypuszczając, że tak jest, nie powinno się ich mieszać z innemi zjawiskami, których źródłem bezpośredniem niewątpliwie jest wzruszenie i które oznaczę, by uniknąć zamieszania, przymiotnikiem »wzruszeniowe« *(émotifs)*. W rzeczy samej istnieją cechy, które wyraźnie odgraniczają od siebie oba te rodzaje zjawisk: gdy wola panuje lub może panować nad zjawiskami pityatycznemi, może określić ich przejawy zewnętrzne, jakby dawkować je co do siły i czasu trwania, — to natomiast nie może ona opanować zjawisk wzruszeniowych, śród których wyliczymy: przyspieszenie tętna, zaburzenia naczynioruchowe, zarumienienie, wydzieliny potne i jelitowe. Jest tu jednak pewne źródło często podawanego błędnego tłómaczenia, na które chciałbym zwrócić uwagę. U wielu osób prawie dowolnie można wywołać przyśpieszenie bicia serca, zarówno jak odczyny naczynioruchowe; i jeśli się nie podda tych zjawisk ścisłemu rozbiorowi, musi się dojść do mniemania, iż są one wywołane przez sugestyę. Lecz jest to tylko złudzenie — przynajmniej o ile przyjmiemy proponowane przezemnie określenie, iż słowo »sugestya« zawiera w sobie myśl, że wola jest tu panią zrodzonych przez siebie złudzeń. W istocie rzeczy, objawy te powstają w danym przypadku tylko dzięki pośrednictwu wzruszenia, wywołanego przez usiłowanie zasugestyonowania danej jednostki; zarazem, o ile objawy te raz powstały, wymykają się one z pod wpływu woli, która nie zdoła określić ich postaci, siły i czasu trwania. Naprzykład, u jednostki wrażliwej mogę dowolnie wywołać bezwład tylko ramienia, lub też bezwład całej połowy ciała, w lżejszym lub też silniejszym stopniu, trwający kilka sekund lub też wiele godzin, ale w żaden sposób nie zdołam rządzić, według swego widzi mi się, wzruszeniowem przyspieszeniem tętna, przynaglić lub opóźnić jego ustanie, w granicach zakreślonych dowolnie. Wynika stąd, że istnieje zasadnicza różnica między zjawiskami pityatycznemi, a zjawiskami wzruszeniowemi. Zjawiska wzruszeniowe, nawiasem mówiąc, istnieją także w stanie prawidłowym i mogą być zaliczane do objawów chorobowych, tylko, o ile dochodzą do nadmiernego stopnia.

c) Wreszcie spotykamy w piśmiennictwie lekarskiem trzecią przypisywaną histeryi grupę zjawisk, polegających na ogólnem wzmożeniu bądź to odruchów ścięgnistych, bądź odruchów naczynioruchowych skórnych (dermografizm). Zobaczymy wkrótce, co o tem sądzić należy, ale już z góry możemy powiedzieć, że ten rodzaj zjawisk jeszcze bardziej odróżnia się od obu poprzednich, niż te oba poprzednie wzajemnie od siebie; w rzeczy samej, zjawiska wzruszeniowe, zarówno jak pityatyczne, powstają i przebiegają pod wpływem czynników czysto psychicznych, gdy natomiast dla wywołania zjawisk odruchowych niezbędnem jest podrażnienie ścięgna lub powłok; zarazem zjawiska te nie są zabezpieczeniami, zależnemi, jak zabezpieczenia pityatyczne, od wpływów sugestyi i perswazyi.

Musimy przeto przyznać, że mamy tu trzy rodzaje zjawisk, które nie mogą być utożsamiane ze sobą i które powinno się starannie odróżniać.

Te trzy grupy mogłyby jednak, zachowując każda swe cechy odmienne, być związane ze sobą jakimś łącznikiem i w takim razie byłoby zupełnie słusznem, nawet koniecznem, przyjąć prócz nazw, stosowanych do każdej z nich z osobna, nazwę wspólną, któraby oznaczała to skojarzenie chorobowe. Lecz czy istnieje taki łącznik, a jeśli tak jest, to jaki? Widziano go w tem, że często można spotkać zjawiska drugiej (wzruszeniowe) lub trzeciej grupy

(odruchowe), w połączeniu ze zjawiskami pierwszej (pityatyczne), szczególnie z połowiczem znieczuleniem czuciowo-zmysłowem. Ale takie spostrzeżenia niczego nie dowodzą, gdyż wiemy, jak liczne są jednostki, wrażliwe na sugestyę, z jaką łatwością udzielają się wpływy sugestyjne, szczególnie w sali szpitalnej, i jak powszednie są skojarzenia zaburzeń pityatycznych z wszelkiemi innemi najróżnorodniejszemi cierpieniami, bądź to organicznemi, bądź czynnościowemi, bądź też pochodzącemi ze skazy krwi lub zatrucia, bądź zakaźnemi. Nie ma żadnej statystyki, któraby pozwalała przypuszczać, że zjawiska drugiej i trzeciej grupy w sposób szczególny usposabiają do objawów pityatycznych. Jeśli chcemy systematycznie poszukiwać zjawisk drugiej i trzeciej grupy z jednej strony u wszystkich osobników, dotkniętych objawami pityatycznymi, z drugiej zaś strony u takiej samej liczby osób, które objawami pityatycznymi nigdy dotknięte nie były, to stwierdzimy, że zjawiska drugiej i trzeciej grupy nie są częstsze lub bardziej wyrażone u jednych, niż u drugich i dojdziemy przez to do wniosku, iż pityatyzm nie może być uważany za przyczynę wywołującą zaburzenia wzruszeniowe lub odruchowe. Rozumie się samo przez się, że te badania porównawcze powinny być wykonane na jednostkach, które z jednej i z drugiej strony, wyłączywszy objawy pityatyczne, przedstawiałyby warunki możliwie jednakie co do wieku, stanu zdrowia i t. d. Oba te szeregi spostrzeżeń uzupełniają się wzajemnie i wykazują, że niema żadnej zależności pomiędzy zjawiskami pityatycznemi, a obu innemi grupami [1]).

Widzieliśmy, że po wyłączeniu z histeryi takiej, jaką nam ją przekazała tradycya — wszystkiego, co w nią było niesłusznie wcielone wskutek błędów rozpoznawczych, popełnionych w braku znajomości objawów, oraz z powodu niedostatecznego uwzględniania symulacyi i mytomanii — pozostały nam trzy grupy zjawisk, któreśmy nazwali pityatycznemi, wzruszeniowemi *(émotifs)* i odruchowemi *(reflexes)*; zjawiska te odróżniają się od siebie cechami różniczkowemi i nie są związane żadnym szczególnym łącznikiem, niepodobna więc nadać im jednej wspólnej nazwy; byłoby to przeciwnem logice.

Skorośmy to stwierdzili, powstaje pytanie, czy można nadal posługiwać się słowem »histerya«. Nie jest to już rzeczą logiki, tylko znowuż rzeczą zwykłej umowy. Mojem zdaniem, byłoby rzeczą słuszniejszą wyrzec się nazwy, mogącej podtrzymywać zamieszanie pojęć; jednakże można ją również zachować, ale tylko z warunkiem ściślejszego określenia jej treści, oraz wyraźnego oznaczenia, do której z trzech wymienionych grup ma ona być stosowana; do pierwszej, drugiej czy trzeciej. Pod tym względem, zdaje mi się, nie może być dwóch zdań; jeśli się chce posługiwać słowem »histerya«, to całkiem naturalnem jest zachowanie go dla zjawisk pityatycznych, obejmujących te właśnie zaburzenia, które zawsze uważano za najznamienniejsze i najważniejsze w histeryi oraz którym histerya zawdzięcza zainteresowanie się, powiem namiętność, jaką nacechowane są badania nad nią.

Co do mnie, będę używał obu nazw. histerya i pityatyzm, jako synonimów, pozostawiając czasowi rozstrzygnięcie, czy mają pozostać obie, czy też tylko jedna z nich, co wreszcie jest rzeczą drugorzędną.

Histerya, w ten sposob określona, stanowi cierpienie nerwowe, ściśle odgraniczone i odróżniające się od wszystkich innych nerwic. Z podanej przezemnie definicyi można już teoretycznie wnosić, że zjawiska histeryczne, czy pityatyczne, mają tę właściwość, że w istocie swej co do pojawiania się, trwania, postaci i zanikania zależne są od środowiska psychicznego, w którem żyją jednostki, wrażliwe na sugestyę i ujawniające swe chorobliwe usposobienie pod wpływem tego lub owego wydarzenia. Mnóstwo faktów potwierdza tę myśl. Weźmy zwykły przykład: histeryczka, mająca napady, zostaje przyjęta na oddział szpitalny; w kilka dni potem jej towarzyszka, która podobnych napadów nigdy przedtem nie miewała, podlega napadowi histerycznemu, podobnemu do tego, jaki miała przed oczyma; dalej też same objawy ukazują się u trzeciej chorej, u czwartej, i w ten sposób czasami powstaje literalnie epidemia. Zdarza się to szczególnie, jeśli szef oddziału i jego uczniowie przywiązywali wagę do tych przypadków i okazali zainteresowanie się nimi w obecności innych chorych, bądź przez zachowanie się swoje, bądź przez zamienione zdania. U histeryczek, leczonych w domu, niezwykle długi czas trwania ich cierpienia wynika w wielu przypadkach ze szkodliwego wpływu, jaki wywiera na ich stan duchowy nadmierna troskliwość i niepokój, okazywane przez blizkich. Z tego powodu zmiana środowiska, odosobnienie, perswazya, leczenie psychiczne, są środkami, tworzącymi w tych przypadkach cuda. Przez wpływ okoliczności natury psychicznej na objawy histeryczne, tłómaczy się rozmaitość ich obrazu przypadowego, ich przeradzanie się z biegiem czasu; jest to okoliczność, godna szczególnej uwagi. Możemy wprawdzie jeszcze spotkać epidemię histeryczną w szpitalu, lecz nie widzimy już obecnie nic podobnego do tych zrodzonych przez fanatyzm religijny średniowiecznych epidemii tańca, którym podlegały całe okolice. Z czasów obecnych można porównać te epidemie chyba tylko do wyprawy »duchoborów« (rosyjska sekta religijna, osiedlona w Kanadzie), którzy w końcu roku 1902 w liczbie 2000 osób opuścili swoją osadę i całkiem nago po śniegu przewędrowali całe mile w poszukiwaniu królestwa Bożego! Lecz nie szukajmy dalekich przykładów; dla stwierdzenia zmienności histeryi, wystarczy porównać ją taką, jaką spostrzegamy obecnie w szpitalach paryskich, z histeryą z przed 20—25 lat. Wielkie jej objawy, te porażenia, te przykurczenia, które trwały całemi latami i które dawniej były rzeczą powszednią, stały się obecnie wielką rzadkością. Nie widzimy już tych wielkich napadów z czterema słynnymi okresami, tych głębokich stanów hipnotycznych, z letargiem, katalepsyą lub somnambulizmem. Studenci lub młodzi lekarze, czytając w dziełach klasycznych opisy tych zaburzeń, odnoszą wrażenie, że chodziło tu o jakieś »wykopaliska« chorobowe, o »paleopatologię«.

Trzeba dodać, że zjawiska histeryczne czy pityatyczne, będąc wytworem sugestyi lub autosugestyi, mają tą

[1]) Dotychczas zazwyczaj nazywałem zaburzenia pityatyczne — przypadkami histerycznymi pierwotnymi, i twierdziłem, że byłoby słusznem nazywać histerycznemi również takie zaburzenia, które nie mając wprawdzie cech objawów pierwotnych, byłyby jednak ściśle z którymkolwiek związane i jemu podporządkowane. Takie zaburzenia mogłyby być uważane za zjawiska histeryczne wtórne. Lecz tylko tymczasowo ustanowiłem odrębny dział dla tego rodzaju zjawisk, gdyż dotąd właściwie ich rzeczywistość nie jest jeszcze ustaloną.

właściwość, że w znacznym stopniu zależne są od woli, od mniej lub więcej świadomego kaprysu samych chorych, którzy wobec tego czasem mogą się uzdrowić własną energią. Znam osoby, które po wieloletnim pobycie w szpitalu, gdzie miały najróżnorodniejsze zaburzenia histeryczne, skoro poczuły pragnienie powrotu do prawidłowego życia w społeczeństwie ludzkiem, w bardzo krótkim czasie potrafiły całkowicie się pozbyć swego cierpienia tylko dzięki wysiłkom własnej swej woli, niejako przez autoperswazyę.

Jeśli teraz porównamy histeryę pod powyższymi względami z innemi nerwicami, uderzy nas niezawodnie różnica, oddzielająca te stany. Weźmy obłęd wątpienia. Wybieram ten właśnie przykład dlatego, że niedawno jeszcze pewien wybitny neurolog twierdził, ku wielkiemu memu zdumieniu, że »istnieje znaczna analogia pomiędzy psychastenią a histeryą« [2]).

Nie przeczę oczywiście, że niektóre obawy chorobowe *(phobies)* mogą być wynikiem sugestyi i mogą być usunięte przez perswazyę, że stanowią tedy zjawiska pityatyczne; ale mogę twierdzić, »że nigdy jeszcze jednostka, dotknięta istotnym obłędem wątpienia, nie potrafiła uleczyć się przez autoperswazyę«. Jest to tem znamienniejsze, że wielu z tych chorych potrafi w trudnych i ważnych chwilach życia okazać dużo rozsądku i energii, że oni sami uważają swe myśli natrętne za absurd i że mają najżywsze pragnienie pozbycia się swego cierpienia; a jednak doświadczenie stwierdza, że ich wola ma nader mały wpływ na ich cierpienie. W przeciwieństwie do histeryków, którzy, że tak powiem, są aktorami w swych przejawach chorobowych, chorzy na istotny obłęd wątpienia są raczej widzami, zdolnymi tylko do spostrzegania i czasem do bardzo subtelnej analizy swych myśli poniewolnych.

Środowisko psychiczne, w którym żyją ci psychastenicy, ci chorzy na obawę lub na obłęd wątpienia, wywiera może zaledwie nieznaczny wpływ na postać i siłę ich cierpienia. Zaburzenia te mogą ulegać wahaniom i wyładowywać się od czasu do czasu w napadach opętania, obłędu; te napady mogą trwać wiele miesięcy, ale są zazwyczaj przerywane okresami względnego spokoju. Przerwa taka może właśnie podsunąć błędne tłómaczenie, o ile się zbiegnie ze zmianą środowiska. W rzeczywistości zaś, jeżeli brać te zjawiska w masie, dochodzi się do przekonania — przynajmniej takiem jest moje zdanie — że okoliczności takie wywierają na to cierpienie tylko bardzo nieznaczny wpływ. Niezbitym tego dowodem, a zarazem właściwością, jaskrawo odróżniającą obie porównywane nerwice, jest mojem zdaniem ten fakt, że w przeciwieństwie do histeryi, obawa chorobowa wszelkich odcieni objawia się oraz zawsze się objawiała mniej więcej pod tem samem obliczem, bez względu na warunki społeczne lub kraj, w którym ją badano. Opisy tej choroby, przekazane przez poprzednie pokolenia lekarzy, dają się całkowicie zastosować do chorych, spostrzeganych przez nas obecnie. Nie przesądzając przyszłości, można powiedzieć, że dotychczas cierpienie to nie uległo zmianie, i ta niezmienność w czasie rażąco odbija od ogromnej zmienności objawów histerycznych czyli pityatycznych.

[2]) Patrz: Révue neurologique 1908, str. 501. Obłęd wątpienia jest częścią składową tak nazwanej przez Prof. Janeta psychastenii.

Nie przypuszczam, by natura ludzka była obecnie mniej wrażliwą na sugestyę, niż dawniej; mówię tylko, że znając warunki uzewnętrzniania się tej wrażliwości, potrafimy bardziej oddziaływać na jej przejawy, zatamowywać ich rozwój, a gdy się ukażą, usunąć je przez namowę, przez perswazyę. Zaufanie, które wzbudzają stosowane środki lecznicze lub sama osoba lekarza, mogą wieść do takiego skutku. Odbija to od tego, co się zauważa w innych nerwicach i w chorobach umysłowych.

Czyż z całego tego rozbioru nie wypływa oczywista konieczność ujęcia zjawisk pityatycznych w oddzielną grupę i wyodrębnienia ich od innych zjawisk, z któremi były pomieszane?

Jasną jest rzeczą, że zjawiska pityatyczne mogą objawiać się samodzielnie lub też przyłączać się do innych zaburzeń, z któremi się w takim razie mogą wzajemnie maskować. Nieznajomość tych skojarzeń wiodła do mylnego tłómaczenia wielu zjawisk, które w rzeczywistości łatwo się dadzą objaśnić. Stąd również wynika błędne mniemanie, dawniej, a nawet i teraz jeszcze dość rozpowszechnione, że zaburzenia, od histeryi niezależne, mogą być leczone zapomocą sugestyi lub perswazyi. Niech mi pokażą choć jedno takie cierpienie, dające się w ten sposób usunąć! Czasem istotnie jednostkę, dotkniętą neurastenią lub obłędem wątpienia, lub nawet cierpieniem organicznem, udaje się uwolnić zapomocą leczenia psychicznego od pewnych zaburzeń, które w całokształcie objawów chorobowych zajmują mniej lub więcej ważne stanowisko. Lecz czyż byłoby słusznem, opierając się na podobnych faktach, utrzymywać, że te stany chorobowe składają się z dwojakiego rodzaju zaburzeń, z których jedne są uleczalne przez perswazyę lub sugestyę, drugie zaś nie. Przecież daleko logiczniej jest powiedzieć, że w tych przypadkach chodzi o skojarzenie histeryi z innem cierpieniem i że zaburzenia przez leczenie psychiczne usunięte są właśnie temi, które zależne były od histeryi. Przecież zjawiska pityatyczne bądź samodzielne, bądź skojarzone, co do istoty swej są teżsame i nie widzę żadnego powodu do oddzielania jednych od drugich.

A gdy teraz zważymy, że zjawiska pityatyczne mogą w mniejszym lub większym stopniu naśladować zaburzenia czynnościowe najrozmaitszych cierpień, że mogą kojarzyć się nietylko z chorobami nerwowemi, lecz także z wszelkiemi chorobami wewnętrznemi, piersiowemi i brzusznemi, że mogą one uledz prędkiemu, prawie natychmiastowemu uleczeniu lub też trwać nieskończenie długo, zależnie od tego, czy się rozpoznało ich przyrodę i czy się zastosowało odpowiednie leczenie psychiczne, — zważywszy to wszystko, dojdziemy do wniosku, że żaden lekarz nie ma prawa lekceważyć badania tych zjawisk. Wydaje mi się to tem słuszniejszem, że lekarz, stykający się z osobnikiem, wrażliwym na sugestyę, będzie przez swe słowa lub milczenie, przez troskliwość lub lekceważenie, w sposób nieunikniony wywierać wpływ, który, o ile nie będzie dodatnim, stanie się ujemnym; że obecność lekarza może być szkodliwą lub pożyteczną, lecz nigdy nie pozostanie obojętną.

Wyżej wyłożone przezemnie poglądy wydają mi się godne uwagi, nie tylko dlatego, że na nią zasługują, jak każda prawda naukowa, lecz również dlatego, że pociągają

za sobą ważne praktyczne konsekwencye, które kolejno wyliczę.

1) Lekarz, świadomy wpływu, jaki wywiera na jednostki wrażliwe, świadomy roli, jaką może odegrać w powstaniu u nich objawów pityatycznych, o ile się nie będzie mieć na baczności, — lekarz ten, pilnując chorych, musi zarazem pilnować siebie samego. Będzie on musiał dokładnie ważyć swe słowa, ciągle pamiętając, że źle postawione pytanie lub nieostrożne zdanie może być źródłem sugestyi. Tego niebezpieczeństwa nie powinien lekarz nigdy tracić z oczu, a potrafi go uniknąć, stosując się w zadawaniu pytań i badaniu do ściśle określonych prawideł, które gdzieindziej w ogólnych zarysach naszkicowałem.

2) Wiedząc, że jednostka, wrażliwa na sugestyę, łatwo ulega wpływowi swego otoczenia, lekarz w stosunku do chorych objawiających zaburzenia pityatyczne nie może się ograniczyć do osobistego oddziaływania zapomocą zabiegów psychoterapeutycznych. Powinien on dołożyć możliwych starań, by stworzyć chorym środowisko, odpowiadające wymaganiom higieny duchowej.

3) Mając przeświadczenie, że prawdziwe objawy pityatyczne powinny rychło ustąpić pod wpływem umiejętnie stosowanego leczenia psychicznego, — lekarz, w razie bezskuteczności tych zabiegów względem zaburzeń pityatycznych, będzie musiał się zastanowić, czy to leczenie nie zostało udaremnione przez jakieś wpływy przeciwko-lecznicze. Musi on dołożyć starań, by je wykryć i usunąć, i w ten sposób stworzyć warunki, zapewniające wyzdrowienie.

4) Znając granice pityatyzmu, potrafi lekarz odróżnić zaburzenia, do tej dziedziny nie należące i nie będzie się wysilać na uleczenie ich za pomocą psychoterapii. Powstrzymując się od obietnic, których nie może dotrzymać, uniknie zdyskredytowania się. Lecz co ważniejsza, nie łudząc się co do skuteczności takiego leczenia, będzie mniej skłonny do zaniedbania innych środków leczniczych, wymaganych przez zaburzenia nie pityatyczne.

5) Mając o pityatyzmie i symulacyi pojęcie dokładniejsze i ściślejsze, niż dawniej, lekarz, występujący w roli znawcy w sprawach o nieszczęśliwe wypadki, będzie łatwiej mógł dać uzasadnione i słuszne orzeczenie.

A) Z jednej strony, nie będzie lekarz-znawca błędnie przypisywać histeryi zaburzeń, które nie mogą być odtworzone przez wolę i nie należą do pityatyzmu. W ten sposób mniej niż dawniej będzie lekarz wystawiony na niebezpieczeństwo niedocenienia wyrządzonej przez wypadek krzywdy i pozbawienia ofiary wypadku należnego odszkodowania.

B) Z drugiej zaś strony będzie mógł lekarz-znawca lepiej udaremniać nadużycia względem prawa o nieszczęśliwych wypadkach, gdyż główną podporą tych nadużyć była dawna koncepcya histeryi.

a) Wiedząc, że wszystkie zjawiska pityatyczne mogą być dokładnie odtworzone przez udawanie, będzie lekarz-znawca musiał mieć się na baczności w stosunku do jednostek, objawiających takie zaburzenia. Podda on je bardzo ścisłemu dozorowi, który częstokroć pozwoli wykryć oszukaństwo. Lecz nawet w razie przeciwnym, nie będzie mógł lekarz nigdy ręczyć za szczerość. Wreszcie, o ile nie stwierdzi niczego, coby go upoważniało do podejrzewania dobrej wiary osoby interesowanej, będzie musiał orzec, że wyrządzona krzywda jest minimalną, gdyż, powtarzam, zaburzenia histeryczne znikają pod wpływem leczenia psychicznego, stosowanego w pomyślnych warunkach. Co się zaś tyczy w szczególności objawów histerycznych pourazowych, to doświadczenie dowodzi, że znikają one, rzec można, zawsze po zapadnięciu wyroku sądowego; gdyż wyrok, rozstrzygając ostatecznie sytuacyę skarżącego, uwalnia go od troski wyczekiwania decyzyi sądu i przez to usuwa niewątpliwie najważniejszą przeszkodę do wyzdrowienia.

b) Mając przeświadczenie, że histeryczne zaburzenia naczynioruchowe lub odżywcze są tylko fikcyą, z której korzystały ze szkodą dla osób trzecich rzekome ofiary nieszczęśliwych wypadków; że uznawanie tych domniemanych zaburzeń histerycznych opierało się na błędach rozpoznawczych, oraz na nieliczeniu się z szalbierstwem, lekarz-znawca potrafi lepiej poprowadzić swe badania, skoro będzie chodziło o jednostkę, wykazującą, jako skutek wypadku, bądź to krwotoki wewnętrzne, bądź to pryszczyki, owrzodzenia, zgorzele, krwotoki skórne, lub też obrzęk kończyny. Jeżeli okaże się niemożliwem ustanowienie bezpośredniej zależności między danem zaburzeniem, a doznanym wypadkiem; jeżeli zaburzenie to nie okaże się zależnem od innego stwierdzonego cierpienia, które, choćby nawet poprzedzało wypadek, mogło jednak pod wpływem tegoż uledz pogorszeniu, w takim razie lekarz musi pomyśleć o możliwości oszukaństwa i użyć wszelkich środków dla sprawdzenia tego przypuszczenia.

Sądzę, że z tej rozprawy mam prawo wyciągnąć wniosek, że dawne pojęcie histeryi, oparte na spostrzeżeniach bądź niewystarczających, bądź mylnych, nie wytrzymuje krytyki; że rozczłonkowanie tradycyjnej histeryi staje się nieuniknionem wskutek zdobycia szeregu nowych faktów, dawniej nieznanych; że z tego rozczłonkowania wyłania się samodzielna grupa zjawisk, zajmujących w patologii pierwszorzędne miejsce, dla których można zachować nazwę »histerya«, lecz które dokładniej określa słowo: »pityatyzm«.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

O chorobie Bantiego i sprawach pokrewnych.

Podał

Dr Maryan Godlewski.

(Dokończenie.)

Ale jeszcze bardziej sceptyczne stanowisko wobec nowej jednostki chorobowej zajął Marchand ([18]). Nie widzi on żadnego powodu do tego, by w zmianach śledziony dopatrywać się pierwotnego schorzenia, co oczywiście stanowi jądro zagadnienia. Zdaniem Marchanda, mogą zmiany śledziony zależeć od zmian wątroby, wywołując następczy rozrost tkanki łącznej w przekrwionym narządzie, lub też zmiany w obydwóch narządach należy przynajmniej pojmować jako równorzędny skutek pewnego skażenia krwi (Wentworth). Prócz wrodzonej kiły, mogą wedle Marchanda wchodzić w grę i inne czynniki szkodliwe. Sa-

morodne zniknięcie puchliny brzusznej uważa Marchand przy marskości wątroby za możliwe, na drodze wytworzenia się ubocznego krążenia. Częste krwawienia odnosi on do żył, porozszerzanych skutkiem samej marskości. Nawet dodatni wpływ wycięcia śledziony, nie ma dla Marchanda znaczenia; tylko kontrola sekcyjna mogłaby, zdaniem jego, ostatecznie i niezbicie stwierdzić dodatni wpływ tego zabiegu na sprawę w wątrobie.

Podobne przekonanie wypowiadają autorowie francuscy Gilbert i Lerebaullet ([12]), twierdząc, że badania anatomiczne i fizyologiczne wykazują zgodnie, iż pierwotnie cierpi wątroba, że zatem nie ma podstaw do tworzenia odrębnej jednostki chorobowej.

Wielkie znaczenie mają bezsprzecznie badania Umbera ([28]). Autor ten oparł studya swe nad t. zw. chorobą Bantiego na badaniu przemiany materyi i stwierdził w jednym przypadku, niezwykle szybki, wprost toksyczny rozpad białka; rozpad ten nadmierny po wycięciu śledziony powrócił do normy, a niedokrwistość ustąpiła. Można zatem istotnie w pewnych przypadkach t. zw. choroby Bantiego, mówić o niedokrwistości toksycznej śledzionowego pochodzenia (*Splenogene toxische Anaemie*); są to jednak, według Umbera przypadki rzadkie, i te tylko należy uważać za chorobę Bantiego *in sensu stricto*; częstsze są przypadki, w których istnieje pod względem anatomicznym i klinicznym charakterystyczny zbiór objawów t. zw. choroby Bantiego ale niema nadmiernego, toksycznego rozpadu białka. Takie przypadki skłonny jest Umber określić raczej mianem marskości Bantiego *(cirrhosis Banti)* albo idąc za zdaniem swego nauczyciela Naunyna, wiąże Umber takie przypadki z pojęciem: marskości z nadmierną śledzioną *(cirrhosis hypersplenica Naunyn)*. Tylko przypadki pierwszej kategoryi, radzi Umber poddawać operacyi.

Badania, przeprowadzone przez Umbera zdają się tedy dowodzić niezbicie, że, chociaż nieliczne, istnieją jednak niewątpliwe przypadki, przebiegające z nadmiernym rozpadem białka, a więc przypadki choroby Bantiego *in sensu stricto*, w przeciwieństwie do *cirrhosis hypersplenica Naunyna*. W tych przypadkach pierwszej kategoryi pierwotną siedzibą schorzenia jest niewątpliwie śledziona, nie wątroba. Jedynym zarzutem, jakiby można podnieść, byłoby to, że Umber — o ile z ogłoszonych jego prac sądzić można — spostrzegał ów toksyczny rozpad białka tylko raz jeden, prowadząc badania nad przemianą materyi przez 21 dni przed i przez tyleż dni po operacyi. To też Umber uważa tę właśnie postać za nierównie rzadszą od marskości o typie Naunyna.

Dalsze badania powinny niewątpliwie iść w tym kierunku, powinny też wykazać stosunek częstości tych postaci przebiegających z toksycznym rozpadem białka, czyli przypadków choroby Bantiego *in sensu stricto* do marskości Bantiego czyli marskości z nadmierną śledzioną Naunyna.

Już z tych uwag nie trudno ocenić, że etyologia i patogeneza t. zw. choroby Bantiego jest niezmiernie ciemna. Kiła dziedziczna (Chari, Marchand i t. d.) alkoholizm i znowu kiła (Gilberti Lereboullet) zakażenie zimnicze, oto czynniki etyologiczne, znajdujące najwięcej zwolenników, ale i poważnych przeciwników. Senator n. p. uważa zakażenie kiłowe za mało prawdopodobny czynnik w etyologii tej sprawy, a przyczynę upatrywałby, jak się rzekło, raczej w samozatruciu. Starck ([25]) zwraca uwagę, że w jego przypadku także i na zasadzie sekcyi nie można było ugruntować podejrzenia kiły. Banti mówi jedynie o trujących substancyach, powstających w śledzionie, zaznaczając otwarcie, że nic dokładniejszego o ich istocie podać nie może. W ostatnich latach opisał Jan Roger ([21]) z Aleksandryi chorobę występującą stosunkowo często w Egipcie, a przebiegającą pod kliniczną postacią choroby Bantiego. Leczy ją wyjęcie śledziony. W Egipcie zapadają na tę chorobę przeważnie kobiety. Roger skłonny jest dopatrywać się lokalnej przyczyny.

W sprawie przyczyny ostatecznej wywołującej t. zw. chorobę Bantiego nie brak i bardziej fantastycznych teoryi; wspomnę tylko o angielskiej pracy Barra ([2]). Autor ten odnosi powstawanie t. zw. choroby Bantiego do schorzenia zwoju trzewnego nerwu współczulnego, wypływem tej sprawy ma być porażenie nerwów zaopatrujących naczynia, przekrwienie wątroby i śledziony, nadmierny rozpad czerwonych ciałek krwi, nadmierny rozwój tkanki łącznej w wątrobie i śledzionie. Że etyologia i patogeneza jest w t. zw. chorobie Bantiego nie zawsze jedna i ta sama, jest bardzo prawdopodobne. Baumgarten ([5]) przedstawił niedawno na posiedzeniu towarzystwa lekarsko-przyrodniczego w Tübingen preparaty z przypadku, przebiegającego klinicznie pod postacią choroby Bantiego. Badanie anatomiczno-patologiczne stwierdziło niedokształcenie (hypoplazyę) wątroby i niezarośnięcie żyły pępkowej.

Dla scharakteryzowania t. zw. choroby Bantiego pod względem anatomiczno-patologicznym dobrze mieć w pamięci słowa Simmondsa ([24]), który oświadcza, że ściśle określone anatomiczno-patologiczne pojęcie tej sprawy nie jest mu znane; oba bowiem narządy, głównie w tej chorobie zmienione, wątroba i śledziona zachowywały się, mimo klinicznie typowego przebiegu, w różnych przypadkach bardzo rozmaicie. W wątrobie spotykano z reguły zmiany włókniste, ale także wyjątkowo jedynie obrzęk *(Leberanschwellung)*, a nawet stosunki prawidłowe. Powiększenie śledziony odnosi Banti do znamiennego dla tej choroby rozrostu tkanki łącznej *(fibroadenia)*, ale Umber spostrzegał w przebiegu tej sprawy powiększenie śledziony, przy braku nadmiernego rozrostu tkanki łącznej, a Simonds opisał przypadek, gdzie rozrost tkanki łącznej w śledzionie był nieznaczny.

Rozpoznanie kliniczne t. zw. choroby Bantiego jest wogóle sprawą sporną, nieraz bywa wysoce dowolne.

Mając przed sobą chorego niedokrwistego z nadmiernie wielką śledzioną, a wyłączywszy zimnicę musimy różniczkować pomiędzy białaczką wrzekomą *(pseudoleucaemia lienalis)*, niedokrwistością śledzionową *(anaemia splenica)* i pierwszym okresem t. zw. choroby Bantiego. Bahrdt ([3]) na zasadzie takiego właśnie przypadku uważa rozpoznanie t. zw. choroby Bantiego, w pierwszym okresie jej trwania, wprost za niemożliwe. Jeżeli bowiem zważymy, że i niedokrwistości śledzionowej może — według Chiariego — towarzyszyć pewien nieznaczny stopień marskości wątroby, to nie można się obronić przypuszczeniu, że obie te sprawy różnią się między sobą raczej ilościowo, niż jakościowo. Sam Banti uważa za rzecz wcale prawdopodobną, że nie-

dokrwistość śledzionowa stanowi niejako pierwszy okres przez niego opisanej postaci chorobowej.

Jako wymowny przykład trudności w ocenianiu podobnych przypadków, posłużyć może przypadek, opisany w naszem piśmiennictwie przez Wilamowskiego (30), który równie dobrze można uważać za t. zw. chorobę Bantiego — jak to uczynił autor — jak i za niedokrwistość śledzionową, a nawet za białaczkę wrzekomą śledzionową. Powstanie choroby w tym przypadku łączy autor w prawdopodobny przynajmniej związek przyczynowy z silnym urazem, którego chora doznała.

Podobne przypadki podano też w zeszłym roku i w piśmiennictwie francuskiem. W dwóch mianowicie przypadkach, opisanych pod nazwą choroby Bantiego przez Oetingera i Fiessingera (19), stwierdziło badanie pośmiertne niemal prawidłową wątrobę, natomiast wyraźne zgrubienia ściany żyły olbrzymio powiększonej śledziony. Zmiany w żyle śledzionowej, dochodziły aż do miejsca połączenia się tejże żyły z żyłą wrotną, potem nikły, występując znowu tam, gdzie żyła wrotna wchodzi do miąższu wątroby. Pojawiającą się za życia i niknącą przepuklinę brzuszną, tłomaczyć było można skrzepami, znalezionymi w rozgałęzieniach żyły wrotnej. Widać zatem, że marskość w wątrobie nie jest konieczną dla powstania splenomegalii, że dalej i puchlina brzuszna w takich razach powstawać może. Czasem zakażenie, czy zatrucie (intoksykacya), znaczące niejako ślad swego pochodu zmianami wewnętrznej warstwy ściany żyły, może wywołać zmiany w wątrobie, działając na tkankę łączną lub komórki wątrobne, a czasem do zmian w wątrobie — jak w owych dwóch przypadkach — nie dochodzi. Ma to bądź co bądź znaczenie, ze względu na zwalczaną przez wielu autorów pierwotność schorzenia śledziony, który to pogląd z drugiej strony i we Francyi ma gorących rzeczników w osobie przedewszystkiem Chauffarda.

Podobne dwa przypadki podali też przed dwoma laty dwaj autorowie amerykańscy Dock i Scott Warthin.

Ale i różniczkowanie pierwszego okresu t. zw. choroby Bantiego od pojęcia białaczki wrzekomej (*pseudoleucaemia lienalis*) napotyka na znaczne trudności, a rozpoznanie nie zawsze jest wolne od podmiotowości, zwłaszcza, że i pojęcie białaczki rzekomej nie jest jeszcze dostatecznie ustalone. Zdaniem Marchanda powinno być pojęcie białaczki rzekomej, nawet śledzionowej, jak najściślej związane ze swoistem zajęciem gruczołów; gdzie gruczoły są istotnie wolne, tam w ogóle o białaczce rzekomej (*pseudoleucaemia*) mówić nie należy. Pod względem anatomiczno-patologicznym cechuje tedy białaczkę rzekomą rozrost tkanki limfatycznej i to tak w śledzionie, jakoteż — i to stale — w gruczołach.

Odróżnianie t. zw. choroby Bantiego — tak jak ją pojmował Banti — od marskości wątroby nie sprawia pod względem rozpoznania klinicznego większych trudności, o ile chodzi o typowe, wykształcone przypadki. Pominąwszy trudny nieraz do stwierdzenia, chociaż niewątpliwie zasadniczy szczegół, polegający na tem, że zmiany w śledzionie wyprzedzają schorzenie wątroby, znajdziemy w typowych przypadkach cechy inne, również znamienne.

Nigdy w przebiegu zwykłej marskości wątroby nie spotykamy tak olbrzymich powiększeń śledziony. To też Posselt twierdzi, że stosunek wagi śledziony do wagi wątroby, czyli t. zw. współczynnik śledzionowo-wątrobowy jest w chorobie Bantiego najwyższy ze wszelkich spraw, znanych w patologii (dochodzić może do $^1/_1$, zamiast prawidłowego $^1/_{10}$).

Ważną cechą dla choroby Bantiego jest — wedle Senatora — omówiony powyżej obraz krwi, pojawiająca się i ustępująca samorodnie puchlina brzuszna, znikająca niejednokrotnie mimo postępującej naprzód sprawy chorobowej.

Ważnym szczegółem jest również wiek chorego. Piśmiennictwo tego przedmiotu dowodzi, że typowe przypadki przynajmniej t. zw. choroby Bantiego przypadają przeważnie na wiek młodociany, gdy zwykłe postacie marskości wątroby występują z reguły w dojrzałym lub późniejszym już wieku.

Zwłaszcza jednak w niewykształconych i nietypowych postaciach tej kategoryi może być rozpoznanie t. zw. choroby Bantiego nie zawsze ścisłe, często niepewne i sporne, a nawet niewątpliwie wobec nieustalonych poglądów nieraz dość dowolne. Przyczyna leży w dwóch powodach: typ sam nie jest dotychczas ściśle określony. Samo pojęcie i konieczność przyjęcia takiej jednostki chorobowej jest sprawą sporną, sporną jest też patogeneza oraz etyologia samej sprawy.

Zdaje mi się przeto, że na ujednostajnienie pojęcia t. zw. choroby Bantiego wpłynęłoby niewątpliwie korzystnie, gdyby w przyszłości opierać rozpoznania na studyach Umbera i objąwszy nazwą »marskości Bantiego« (*cirrhosis Banti*) lub »marskości z nadmiernie powiększoną śledzioną« o typie Naunyna (*cirrh. hypersplenica Naunyn*) te postacie marskości wątroby, które przebiegają z nadmiernem, białaczkę przypominającem powiększeniem śledziony, nazwę zaś »choroby Bantiego« (*in sensu stricto*) zarezerwować dla tych tylko przypadków tej grupy, w których da się wykazać istotnie toksyczny, nadmierny rozpad białka. Oba te pojęcia t. j. choroby Bantiego i marskości Bantiego mieszczą się niejako w obszerniejszej grupie, którą dosadnie określićby można pojęciem, używanem i stworzonem jeszcze przez samego Bantiego: *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis.*

Muszę jednak zwrócić uwagę na jedną okoliczność, mającą znaczenie praktyczne. Umber radzi operować tylko przypadki, przebiegające z toksycznym rozpadem białka. Zdanie to jest niewątpliwie ze stanowiska teoretycznego uzasadnione, nie sądzę jednak, aby należało go się trzymać w praktyce. Już samo uogólnienie faktu, opartego na jednym jedynym przypadku, nie wydaje mi się dopuszczalne. Cały zresztą szereg poważnych autorów od czasów samego Bantiego — zatem na wiele lat przed wynikami badań Umbera — podaje, że zdołano przez wcześnie przedsięwzięte wyjęcie śledziony uratować życie chorym i przywrócić im zdrowie. Prócz przypadku, który Umber poddał operacyi, znamy cały szereg innych przypadków, nie rzadko z najlepszym wynikiem operowanych. Opisali je: Banti (3), Harris i Herzog, Quénu i Duval (10), Berard (6), Aspelin (1), Tausini, Schiassi (22), Roger (21); Jaffe (15) widział nawet po wyjęciu śledziony w przebiegu zwykłej marskości wątroby tak daleko idącą poprawę, że uważa wyjęcie śledziony za zabieg współza-

wodniczący z operacyą Talmy. Sprawa niewątpliwie bardzo daleko idąca.

Na dowód, że wyjęcie śledziony może poczynającą się marskość wątroby w rozwoju powstrzymać, przytacza Banti przez siebie spostrzegany, a przez Colziego operowany przypadek. Mimo, że w czasie operacyi stwierdzono już w wątrobie pewien stopień marskości, miała się chora jeszcze niemal w 2 lata (21 miesięcy) po operacyi zupełnie dobrze, a objawy znamienne dla marskości wątroby wcale nie wystąpiły.

Jeżeli teraz z jednej strony weźmiemy cały szereg przypadków, przez poważnych autorów przytaczanych, a operowanych z najlepszym skutkiem, jeśli z drugiej strony zważymy, że nadmierny toksyczny rozpad białka w tych postaciach i tak rzadkich, raz tylko był spostrzegany i, jak sam Umber twierdzi, stanowi wobec form bez tego objawu przebiegających wyjątek, to zgodzimy się, że ograniczenie operacyi tylko do przypadków »choroby Bantiego« *in sensu stricto* w znaczeniu Umbera, a wyłączenie od niej przypadków »marskości Bantiego« (o typie Naunyna) jest wypływem jedynie rozumowania, a nie doświadczenia. Nie podobna bowiem przypuścić, aby wszystkie przypadki, na które operacya korzystnie wpłynęła, były właśnie przypadkami tej nierównie rzadszej postaci. Widać dalej z opisu przypadków, że o ile tylko chory ciężkość zabiegu przetrzymał, następowało wyzdrowienie.

O ile tedy niewątpliwie wyniki badań Umbera należy zużytkować w rozpoznaniu, o tyle z drugiej strony nie należy — jak sądzę — przeprowadzać różnicy w planie leczenia i tak »chorobę« Bantiego, jakoteż i »marskość« Bantiego t. j. wszystkie przypadki z grupy *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis,* leczyć jednakowo zabiegiem operacyjnym — jak to już Banti zalecał.

Prawda, że sam zabieg jest niewątpliwie wielkiem ryzykiem, ale przecież chodzi o chorobę, gdzie ryzykować ma się nietylko prawo, ale i obowiązek; bez tego bowiem zabiegu wszystkie przypadki, bez żadnego wyjątku, dążą i dążyć muszą do fatalnego zejścia.

Nad leczeniem środkami wewnętrznymi — których polecają cały szereg (arsen, jodek potasu, naparstnicę rentgenizacyę i t. d.), nie widzę potrzeby wcale się zastanawiać. Nawet ci, którzy je zalecają, milczą o ich skutkach; stosowanie środków wewnętrznych ma tę ujemną stronę, że pociąga za sobą nieuniknioną stratę czasu, obniżając przez to szanse i korzyści ewentualnie wcześnie wykonanego zabiegu operacyjnego. Nie należy bowiem zapominać, że nigdy nie można naprzód przewidzieć, czy przez długie wyczekiwanie nie wytworzą się około śledziony liczne i bogato unaczynione zrosty, które skutkiem gwałtownego krwawienia przy zabiegu operacyjnym, uczynią wyjęcie śledziony technicznie niewykonalnem. Nie można twierdzenia Bantiego, jakoby zrosty śledziony w tych razach były rzadkie, uważać za dogmat; przypadek bowiem przezemnie spostrzegany, a operowany przez Prof. Bossowskiego, jest pouczającym przykładem, że może też być inaczej.

Jeżeli teraz przypadek przezemnie spostrzegany, rozważymy pod względem rozpoznawczym, na tle powyżej skreślonych uwag i poglądów, to rozpoznanie, tak różnie pojmowanej postaci, zależeć będzie oczywiście od zajętego w całej sprawie ogólnego stanowiska. Nie ulega żadnej wątpliwości, że przypadek nasz należy właśnie do tej kategoryi przypadków, na którą zwrócił uwagę Banti. Typowe zmiany w śledzionie i wątrobie, wysoki współczynnik Posselta, zgrubienie ścian rozgałęzień żyły wrotnej w wątrobie, młody wiek chorego, zupełnie typowy — według zapatrywań Senatora — obraz krwi, puchlina brzuszna zrazu bardzo wielka, znikająca mimo powiększania się śledziony niemal całkowicie i to zupełnie samorodnie, częste — jeszcze przed innymi objawami chorobowymi — krwotoki z nosa, wreszcie początkowe przynajmniej podmiotowe dolegliwości w lewem podżebrzu, zatem prawdopodobnie od śledziony zawisłe — oto zbiór objawów niemal pełny t. zw. choroby Bantiego, tak jak ją pojmował Banti i Senator, a za nimi przeważna część autorów.

Jeśli kto jednak stoi na stanowisku badań Umbera, to przy braku — jak się rzekło — badania nad przemianą materyi rozróżnić między dwoma poddziałami, to jest »marskością« Bantiego (*cirrhosis Banti seu cirrhosis hypersplenica Naunyn*), a właściwą »chorobą« Bantiego niepodobna, trzeba się tylko zadowolnić rozpoznaniem ogólniejszem: *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*; tak też rozpoznanie określiłbym w tym przypadku.

Szefowi oddziału, Radcy Drowi Krokiewiczowi, składam na tem miejscu podziękowanie, za zachętę do wykonania niniejszej pracy i za cenne wskazówki i rady.

Piśmiennictwo. 1) Aspelin: Über den sogen. morbus Banti: (Wiener med. Woch. Nr 11 1905). 2) Baar: (Lancet 23. Aug. 1902) wedle streszczenia. 3) Bahrdt: Über die Unmöglichkeit eine Bantische Krankheit in ihrem erstem, dem am längsten dauerndem Stadium zu diagnostizieren (Med. Gesel. zu Leipzig 1903. 4) Splenomegalie mit Lebercirrhose (Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Bd. 24. Heft 1.). 5) Baumgarten (Med.-Naturwiss. Verein Tübungen). 6) Berard: Splenectomie pour Maladie de Banti-guérison (Lyon médical p. 721. 1906). 7) Brissowa (Virchow's Archiv. B. 172. Heft 1.). 8) Chiari (Prag. med. Woch. Nr 24. 1902). 9) Curschmann: Disc. über Vortr. Marchand's: Über Morbus Banti. 10) Quénu et Duval: Splenectomie pour Maladie de Banti (Révue de médecine 1903). 11) Fichtner: Zur Kentniss der B. Kr. (Münch. med. Woch. Nr 32. 1903). 12) Gilbert et Lereboullet (Französischer Congr. f. innere Med. Paris 24—28 October 1904. 13) Hochhaus: Über Morbus Banti (Allg. ärztlicher Verein zu Köln. 1904, 27 Juni). 14) Hoeke (Berlin. Klin. Woch. Nr 16. 1902). 15) Jaffe: Über den Wert der Milzextirpation bei B. Kr. (35 kongr. der deutsch. Gesel. f. Chirurgie zu Berlin, 4—7 April 1906). 16) Kühn (Rostocker Aertzteverein, 1903 11. Oct). 17) Lossen: Zur Kentniss des Bant. Symptomen Komplexes (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chirur. 13 Bd. Jena Ficher 1904). 18) Marchand: Zur Kentniss der sogenannten Bantischen Krankheit und Anaemia splenica (Münch. med. Woch. Nr 11. 1903). 19) Oetinger et Fiessinger: De la Maladie de Banti a propos de deux cas de splenomegalie primitive avec endophlebite splenoportale (Révue de médecine Nr 12). 20) Pribram (Prager med. Woch. 1902). 21) Jean Roger (Alexandria). Splenectomie pour Maladie de Banti (Presse médicale. Nr 59. 1903). 22) Schiassi: Chirurgie und Organtherapie bei Morbus Banti (Gazzetta degli ospedali, Nr 69. 1902) według streszczenia. 23) Senator: Über Anaemia splenica mit Ascites (Berlin. klin. Woch. Nr 40. 1901) oraz wykład w Berl. med. Gesel. 30. Oct. 1901. 24) Simmond: Zur Frage der B. Krank. (Biolog. Abt. des ärztlichen Vereins Hamburg 31. Januar 1905). 25) Starck: Über Bantische Krankheit (Med. Gesel. in Kiel 4. Juni 1903). 26) Straus: Anaemia splenica (Gesel. der Charité-Aerzte in Berlin). 27) Tausini: Splenectomie mit Talmascher Operation (Arch. f. klin. Chir. Bd. 67. Heft. 4. 1902). 28) Umber: Bantische Krankheit mit Demonstration von 2 Fällen (Alton. Ärztlicher-Verein 1903 16 December). 29) Umber: Zur Patogenese der Bant. Krank. mit besonderer Berücksichtigung des Stoffumsatzes vor und nach der Splenectomie (Zeitsch. f. kl. Med. 1904, Bd. 55). 30) Wilamowski: O t. zw. Chorobie Bantiego (Przegląd lek. Nr 13. i 14. 1906). 31) Voit: Aerzt. Bezirks Verein in Erlangen 1904).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Stoeber. **Doświadczalne badania nad wywoływaniem atypowych bujań nabłonka.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Fischer wykazał swego czasu, że pewne barwniki grupy azowej wstrzyknięte w ucho królika, wywołują atypowe bujania nabłonka, przypominające nieraz żywo budowę tkanki rakowej. Barwniki te są pochodnymi od benzolu i naftaliny, a wiadomo, że w fabrykach tych przetworów spostrzega się czasem u robotników złośliwe nowotwory pęcherza. S. przeprowadził doświadczenia kontrolne i potwierdza wyniki badań Fischera w zupełności; obecnie podejmie próby wywoływania u królików nowotworów pęcherza zapomocą tychże barwników. *Kl.*

Abelous i Bardier. **Badania nad wpływem chlorku sodu na krążenie krwi.** (*Journal de phys. et pathol. génér.* 1908, Nr 3). Wobec dość sprzecznych wyników badań, przeprowadzonych dotychczas w tym względzie, mieli autorowie na celu ich powtórzenie i sprawdzenie. Dlatego wykonali 2 serye doświadczeń na psach: w 1-szej seryi wstrzykiwali chlorek sodu do żyły, w 2-giej podawali go wewnętrznie. Wyniki tych doświadczeń są następujące. Chlorek sodu jest bardzo mało trujący. Przy wstrzykiwaniach do żyły dopiero dawka 1,40 grm na 1 klgr wagi jest śmiertelną. Przy szybkiem tempie wstrzykiwania śmierć może nastąpić nawet i przy mniejszych dawkach. Zwierzę pada w odurzeniu przy obniżeniu ciepłoty i zwolnieniu ruchów oddechowych i serca. Przy podawaniu wewnętrznem można dojść do bardzo wielkich dawek bez żadnego złego wpływu, prócz zwolnienia tętna i obfitego wydzielania się moczu. Takie same skutki pociągają za sobą wstrzykiwania podskórne. Co się tyczy wpływu na krążenie krwi, to przy wstrzykiwaniach śródżylnych ciśnienie nietylko nie spada, ale nawet podnosi się cokolwiek i utrzymuje się stale na tym poziomie w ciągu doświadczenia. Czynność serca zwalnia się, a rozmach skurczu powiększa się. Objawy powyższe wywołane są przez podrażnienie w rdzeniu przedłużonym ośrodka, regulującego działalność serca, ponieważ po przecięciu lub kokainizacyi nerwów błędnych objawy te znikają. *L. Mańkowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Hofbauer. **W sprawie powstawania rozdęcia płuc.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 51). Dla stwierdzenia prawdziwości przypuszczenia, iż przy pogłębieniu oddechu następuje zwiększenie pojemności klatki piersiowej, które nie wraca wraz z wydechem do pierwotnej objętości, ale sprowadza rozdęcie płuca, wykonał autor, (aby wyłączyć wpływ woli u chorego) w czasie mocznicy i w całkowitej bezprzytomności zdjęcia pneumograficzne. Zdjęcia te przy typie oddychania Cheyne-Stokessa wykazują stałe zwiększanie się pojemności klatki piersiowej podczas oddechów, a powrót do stanu prawidłowego dopiero podczas następującej po fazie oddechowej pauzy. Wobec podobnych wyników radyograficznych i spirometrycznych uważa H. zwiększenie pojemności i rozdęcie płuc podczas pogłębienia oddychania za należycie stwierdzone. *Dr Skórczewski.*

Schnütgen. **Autoseroterapia przy surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 3). Sposób autoseroterapii przy surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej wypróbował S. w 15 przypadkach i z tego w 14 osiągnął bardzo korzystny wynik. S. wyciąga strzykawką płyn z opłucnej i wstrzykuje go choremu pod skórę, powtarzając ten zabieg co 1—3 dni. Płyn wyciągnąć można przed upływem 3 tygodni choroby. Leczenie to wywołuje zwykle szybkie wessanie płynu z opłucnej, które daje się jeszcze przyspieszyć środkami moczopędnymi. *K.*

Petitjean. **Działanie niektórych środków naczynioruchowych** (azotynu amylowego, adrenaliny, sporyszu) **na obieg krwi w płucach.** (*Journ. de phys. et pathol. gén.* 1908, Nr 3). Celem autora było zbadać doświadczalnie, czy pewne środki naczynioruchowe, proponowane do użycia przy krwotokach płucnych, mają znaczenie lecznicze, a jeżeli je mają, to jak sobie wytłómaczyć można ten ich wpływ. Autor robił doświadczenia na psach i oprócz sposobu graficznego, t. j. zapisywania ciśnienia w tętnicy szyjnej i w tętnicy płucnej, używał jeszcze sposobu koloryskopowego, t. j. spostrzegania zmian w zabarwieniu płuc pod wpływem tego lub innego środka. — Wyniki doświadczeń P. są następujące: Po wstrzyknięciu zwykłych leczniczych dawek azotynu amylowego można zauważyć spadek ciśnienia w tętnicy szyjnej i nieznaczne i krótkotrwałe podniesienie ciśnienia w tętnicy płucnej. Płuca przytem stają się coraz bledsze i takie ich niedokrwienie trwa 7—10 minut. Potem pomału bladość ustępuje i płuca powracają do prawidłowego zabarwienia. Wobec tego autor dochodzi do wniosku, że azotyn amylowy jest dobrym i zupełnie uprawnionym środkiem przy krwotokach płucnych. Adrenalina wywołuje znaczne podniesienie ciśnienia w tętnicy szyjnej i mniejsze stosunkowo, ale bardzo trwałe, w tętnicy płucnej. Płuco przytem szybko ulega przekrwieniu; stan taki trwa kilka minut i potem pomału a nieznacznie wszystko wraca do stanu prawidłowego. Sądząc z tego, adrenalina w każdym razie byłaby nieszczególnym środkiem leczniczym przy krwotokach płucnych. Co się tyczy sporyszu, to autor robił doświadczenia z jego przetworami: ergotyną Ivona i ergotyniną Fanreta. Ergotyna Ivona zaraz po podaniu raz podnosiła ciśnienie, drugi raz wywoływała spadek. Po pewnym przeciągu czasu dawała stałe podniesienie w tętnicy szyjnej. Zaś ergotynina wywoływała odrazu podniesienie ciśnienia. W tętnicy płucnej ergotyna nieznacznie podnosiła ciśnienie, a ergotynina żadnego wpływu nie wywierała. Ergotyna, jeżeli wogóle wywoływała zblednięcie płuc, to ono było ledwie widoczne, a ergotynina żadnego wpływu na ukrwienie płuc nie wywierała. Autor odmawia więc obu tym przetworom sporyszu wszelkiego wpływu leczniczego przy krwotokach płucnych. *L. Mańkowski.*

A. v. Rosthorn. **Gruźlica krtani a ciąża.** (*Wien. med. Woch.* 1909 Nr 1). Gruźlica krtani uważana bywa zwykle za wskazanie do przerwania ciąży, jako jedno z najcięższych powikłań gruźlicy płuc. Autor, który dawniej sam wypowiadał to zdanie, obecnie zapatruje się na sprawę nieco odmiennie i sądzi, że cierpienie to uważać trzeba tylko, jako część ogólnej gruźlicy, i dla osądzenia, czy są wskazania do przerwania ciąży, należy: bardzo ściśle indywidualizować każdy poszczególny przypadek, przeprowadzić możliwie dokładne badanie ogólne, starannie obserwować chorą przez czas dłuższy i tylko w razie pogarszania się stanu wysnuć odpowiednie wnioski po naradzie z lekarzem, wytrawnym w dziedzinie gruźlicy. Natomiast R. radzi stanowczo wystrzegać się wszelkich uogólniań w postępowaniu. *Dr. St. Rudzki.*

Wolpe. **Zwiększanie się wydzielania i kwaśności soku żołądkowego podczas regularności.** (*Deut. med. Woch.* Nr 51 1908). Autor badał stosunki wydzielania i kwaśności soku u 12 kobiet z chorobami nerwowemi i organicznemi żołądka w czasie regularności i w czasie wolnym od niej. Stwierdził stałe nieznaczne zwiększenie się ilości soku i jego kwaśności, tak na czczo, jak i po śniadaniu próbnem. Co do sprawności ruchowej podczas regularności, to doświadczenia u 12 chorych na żołądek z nieupośledzoną czynnością ruchową stwierdziły, że w czasie regularności nastaje upośledzenie czynności ruchowej. Czynność ruchową określał jednak autor niezbyt dokładną metodą, sądząc z ilości treści wydobytej po śniadaniu próbnem o sprawności ruchowej żołądka. Znacznie dokładniejszą metodą Straussa i Loevyego nie mógł się autor posługiwać z przyczyn od niego niezależnych. *Dr. Skórczewski.*

Kemper. **Odczyn Wołowskiego w durze brzusznym.** (*Russ. Wracz.* 1908 Nr 46). Autor wykonał ten odczyn 436 razy u 45 chorych na dur. 240 razy odczyn dał wynik dodatni, gdy go wykonano z moczem jeszcze gorączkujących chorych. 196 razy odczyn wykonany po spadku gorączki dawał stale wynik ujemny. Odczyn ten robi się następującym sposobem: Do probówki nalewa się 5,0 moczu, wziętego mniej więcej w 12 godzin po oddaniu. Do moczu dodaje się 5,0 mocnego kwasu solnego (ciężaru 1,19). Probówkę zatyka się korkiem i ostrożnie 5—8 razy przewraca się ją. Po ostygnięciu dodaje się 1,0 chloroformu i znowu się probówkę kilka razy ostrożnie przewraca. Chloroform opada na dno probówki i w razie odczynu dodatniego zabarwiony jest niebiesko. *L. Mańkowski.*

Simmonds. **Pierwotny wąglik jelit.** (*Tow. lek.* Hamburg 10. XI, 1908). S. opisuje przypadek pierwotnego wąglika jelit. Sprawa szła bardzo szybko i chory zmarł w 24 godzin. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznej 2 litry mętnego płynu, zawierającego obficie prątki wąglikowe, znajdujące się również obficie we krwi serca. Na błonie śluzowej żołądka i jelit liczne ogniska wielkości grochu, w obrębie których na błonie śluzowej znajdował się strup i krwawe podbiegnięcie błony surowiczej. Oprócz tego były ściany jelita surowiczo nacieкłe, podobnie krezka i tkanka zaotrzewna. Gruczoły obrzękłe z licznemi wybroczynami; śledziona duża, miękka. *K.*

Riehl. **Rozmaite działania arszeniku przy pracy mięśniowej i bezczynności.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 51). Tak na ludziach, jak i na zwierzętach przekonał się autor, że korzystny wpływ arsenu (poprawa składu krwi, lepsze wyzyskanie wprowadzanych pokarmów, objawiające się przybytkiem na wadze), daje się zauważyć jedynie przy równoczesnem używaniu ruchu i jeżeli dawki arsenu stopniowo się zwiększa. Czy bakteryobójcze działanie arsenu istotnie więcej zaznacza się w czasie zupełnego spokoju, tego autor nie podejmuje się na razie rozstrzygnąć. *Dr. M. Godlewski.*

Prof. Plehn. **Leczenie ostrego gośćca stawowego.** (*Deut. med. Wochenschr.* Nr 51—52 1908). Na podstawie wieloletniego doświadczenia, sądzi autor, iż zapalenie nerek, występujące po podawaniu przetworów salicylowych, niema wielkiego znaczenia. Za tem przemawia znikanie białkomoczu w przebiegu gośćca, występującego podczas leczenia salicylem, brak pogorszenia w przypadkach skombinowanych z przewlekłem zapaleniem nerek mimo leczenia salicylem. Dlatego, uważając salicyl za lek, przy gośćcu swoisty, radzi go P. używać w postaci kwasu salicylowego w dużych dawkach, sześciu do ośmiu gramów dziennie. Jedynie w razie silniejszych objawów zatrucia, czy to ze strony przewodu pokarmowego, czy układu nerwowego, zmniejsza P. dawkę lub podaje aspirynę. Leczenie salicylem bardzo szybko wiodło w przypadkach P do usunięcia choroby, co więcej, zmniejszało niebezpieczeństwo powikłania zapaleniem wsierdzia, a w razie obecności tegoż zmniejszało niebezpieczeństwo powstania wady zastawkowej; jedynie u 2 chorych na 319 rozwinęła się wada serca mimo leczenia salicylem. 5 chorych zmarło wskutek powikłań ze strony serca przy niedostatecznem leczeniu salicylem. Wreszcie nieskuteczność salicylu stwierdzono w pewnej liczbie przypadków gośćca przewlekłego, gdzie następnie zdołano uzyskać poprawę podawaniem wewnętrznem jodu, wstrzykiwaniem śródmięśniowem chininy z antypiryną, śródżylnem kollargolu. Zwłaszcza to ostatnie autor gorąco poleca. W porównaniu do innych statystyk (Hauffe, Klemperer), statystyka chorych, leczonych przez P., wykazuje znacznie szybsze doprowadzenie do stanu bezgorączkowego, krótszy pobyt chorego w szpitalu, mniejszy odsetek nawrotów, powikłań ze strony wsierdzia i osierdzia. *Dr Skórczewski.*

Swojechotow. **Rozpoznawcze znaczenie odczynu peptonowego.** (*Wracz. Gazeta* 1908 Nr 49—50). Wczesne rozpoznawanie sprawy ropnej, gdziekolwiekbądź istniejącej w ustroju, ma ogromne znaczenie dla dobrego przebiegu sprawy, ewentualnie dla wczesnego zabiegu operacyjnego. Osobliwie ważnem jest to w sprawach ropnych, rozwijających się w jamie brzusznej. Autor podnosi z naciskiem usługi, jakie może oddać niedoceniony w tym względzie peptonowy odczyn Hofmeistra i przytacza na dowód z własnej praktyki kilka przypadków, rzeczywiście przekonywających. W końcu pracy podaje autor tablicę, na której zestawia wyniki swych spostrzeżeń. Ze 112 przypadków, gdzie wykonano badanie moczu, w 50 odczyn peptonowy dawał stale wynik dodatni i we wszystkich tych przypadkach istniała w ustroju sprawa ropna. We wszelkich innych chorobach odczyn wypadał zawsze ujemnie. *Dr Mańkowski.*

Joachim. **Porażenie lewego przedsionka przy wadach zastawki dwudzielnej.** (*Deut. medic. Wochenschr.* Nr 51 1908). U 4 chorych z powikłanemi wadami zastawki dwudzielnej, u których badanie fizyczne prócz szmeru rozkurczowego nie stwierdzało jego przedskurczowego wzmocnienia, stwierdził autor zapomocą zapisania ruchów przedsionka od strony przełyku brak obecności wzniesienia, odpowiadającego skurczowi przedsionka, poprzedzającego skurcz komory. Autor zwraca uwagę na słuszność zapatrywania Mackenziego, który sądził, iż przy niedomodze i przepełnieniu przedsionka krwią, odpada jego czynność, co klinicznie stwierdzamy odpadnięciem przedskurczowego wzmocnienia szmeru rozkurczowego nad końcem serca. W ostatnich czasach 7 przypadków porażeń lewego przedsionka podał Rautenberg.

Dr Skórczewski.

Pedyatrya.

Würtz. **O zastosowaniu kamfory przy zatruciach pokarmowych u niemowląt.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Do najcięższych zaburzeń odżywienia u dzieci należy t. zw. cholera niemowlęca, która cechuje się znaczną utratą wody z tkanek i zmniejszeniem ciśnienia krwi. Stan ten może spotęgować się aż do ciężkiego zapadu. Aby podnieść ciśnienie, stosowano dotychczas wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do żyły. Ten jednak zabieg, mimo swego teoretycznego usprawiedliwienia, nieraz bywał bezskuteczny i nie zapobiegał śmierci, gdyż serce, już i tak wskutek zatrucia osłabione, nie mogło się zastosować do nowych warunków krążenia. Wobec tego odstąpił autor od dotychczas praktykowanej metody wlewań i zastąpił ją wstrzykiwaniem podskórnem oliwy kamforowej (10% rozczyn ½ do 1 ctm³), które stosował przez dłuższy czas, bo w niektórych przypadkach wykonał przeszło 50 wstrzykiwań w przeciągu 10 dni z dobrym skutkiem. Metoda ta potrzebuje jednak jeszcze wypróbowania. *Kostecki.*

Fedyński. **Ciała obce w drogach oddechowych u dzieci.** (*Wracz. Gazeta* 1908, Nr 46—48). Autor opracował materyał szpitala św. Włodzimierza w Moskwie z 10 lat (dzieci od 10 miesięcy do 7 lat). F. zebrał 44 przypadki ciał obcych w drogach oddechowych, w tej liczbie 37 razy obcem ciałem było nasienie słonecznika, 3 razy ziarnka kawona i po 1 razie: kawałek chleba, kość wołowa, kość rybia, skorupka orzecha. W 39 przypadkach ciało obce leżało wolno w tchawicy, w 1 przypadku między strunami głosowemi, w 1 uwięzło w tchawicy, w 1 w krtani, i w 2 przypadkach w oskrzelach. Rozpoznanie opierało się przeważnie na wywiadach, na zwężeniu napadowem i na dźwięku »klaskania« w tych przypadkach, kiedy ciało obce leżało wolno w tchawicy. Laryngoskopia, kilka razy zastosowana, nie dała żadnych wyników. Operowano w 42 przypadkach (tracheotomia dolna); 1 dziecko zmarło nieoperowane, jedno zabrali rodzice do domu, nie zgodziwszy się na operacyę. Zmarło 11 dzieci, t. j. 26,2%. Na śmiertelność pewien wpływ miała długość czasu, jaki przeszedł między początkiem choroby, a przyjęciem dziecka do szpitala. W pierwszym dniu choroby przyjęto do szpitala 15 dzieci, z tej liczby zmarło 7. W 2. dniu choroby przyjęto 11, z tej liczby zmarło 3. Wszystkie dzieci, które przyjęto na 4. dzień, (z wyjątkiem jednego), wyzdrowiały. Autor omawia szczegółowo wszystkie przypadki, które zakończyły się śmiercią, i dochodzi do przekonania, że odsetek śmiertelności byłby mniejszy, gdyby stosowano bronchoskopię lub tracheoskopię. Nakoniec porównawszy zebrane przez siebie spostrzeżenia ze spostrzeżeniami innych lekarzy, dochodzi autor do następujących wniosków: Gdzie nie można zastosować bronchoskopii, należy natychmiast wykonać tracheotomię. Najlepiej wykonywać tracheotomię górną, a następnie przystąpić do tracheoskopii, przyczem dają się usunąć obce ciała, nawet dość głęboko leżące w oskrzelach. Jeżeli przy badaniu bronchoskopem okaże się, że ciało obce leży bardzo głęboko w oskrzelach, a niema stosownych cienkich i długich narzędzi do wydobycia go, to w takim razie wskazana jest dolna tracheotomia. W każdym razie broncho-tracheoskopia powinna teraz znaleść szerokie zastosowanie. *L. Mańkowski*

Miedowikow. **Tuberkulina Kocha w zastosowaniu u dzieci.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 43—47). Autor zebrał 21 spostrzeżeń (5 z oddziału chirurgicznego, 16 z wewnętrznego), które przytacza szczegółowo. Oprócz tego w 2 przypadkach gruźliczego zapalenia opon zrobił po 1 wstrzyknięciu na krótki czas przed śmiercią; wpływu żadnego w obu tych przypadkach nie zauważył. Dodatni wpływ zauważył w 2 przypadkach gruźlicy stawu kolanowego i w 4 następujących przypadkach: gruźlica gruczołów szyjnych, gruźlica szczytów obu płuc, gruźlica prawego płuca i toczeń. W jednym przypadku zauważył autor wyraźne pogorszenie już po wstrzyknięciu 0,025; w innych przypadkach nie zauważył żadnego ujemnego wpływu wstrzykiwań. 9 przypadków zakończyło się śmiercią. Wstrzykiwania robił M. między łopatkami i zaczynał od dawki 0,005, potem 0,01, 0,02 i t. d. Jeżeli ciepłota ciała podniesiona i stan sił dziecka nieznany, to autor radzi zaczynać koniecznie od najmniejszej dawki 0,005 i bardzo ostrożnie ją zwiększać. Odczyn miejscowy (zaczerwienienie, naciek, bolesność) bywał zwykle bardzo niewielki; natężenie jego zależało od 2 przyczyn: wielkości dawki i stanu ustroju. U dzieci wynędzniałych z daleko posuniętą sprawą chorobową nie zauważył autor ani razu odczynu miejscowego. W przebiegu sprawy gruźliczej podostrym można było zauważyć odczyn miejscowy przy małych dawkach: przy dawkach większych występował już odczyn gorączkowy ogólny.

L. Mańkowski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy ostrym gośćcu stawowym znakomite podobno wyniki osiąga Muscariello (*Ref. med.* 20. II. 1908) przez podawanie dużych dawek jodku potasu. Powikłanie sercowe nie

jest przeciwwskazaniem, a nawet stan serca ma się poprawiać przy tem leczeniu. Pierwszego dnia podaje M. 6: 300 w 3 porcyach, drugiego 5,0, trzeciego 4,0, potem 3 lub 2 grm, aż do 10 dni. Mimo podwyższonej ciepłoty pozwala M. chorym jeść. Czasem zjawia się przejściowo ślad białkomoczu. *A.*

Azotyn amylowy przeciw krwotokowi płucnemu poleca Grace-Calvert (po 3 krople do wdychiwania; 3—6 kropli wystarcza zawsze na pewno). *A.*

Czopki mydlane przy zapaleniu wyrostka robaczkowego stosuje celem wywołania stolca Zeuner (czopek co $^1/_2$—2 godzin aż do skutku), uważając za słuszny pogląd, że na chorobę tę nadzwyczaj dobroczynny wpływ wywiera opróżnienie jelit. Polecony przez Sonnenburga olejek rącznikowy jest według Z. środkiem za nadto niebezpiecznym i można go stosować chyba tylko w szpitalu, gdzie możemy być każdej chwili gotowi do zabiegu. Natomiast w praktyce prywatnej zalecić należy czopki mydlane, które autor wypróbował już na 246 chorych. *A.*

Przy durze brzusznym poleca Mironescu (Bukareszt) 1—2 dziennie lewatywy z 5,0 kollargolu. Wpływają one korzystnie na ciepłotę; krwawienia jelitowe przy tem leczeniu występują rzadziej. (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 1). *A.*

Jaja na miękko wyzyskuje ustrój podług Aufrechta i Simona o wiele lepiej, niż mięso, dlatego też uważają je autorzy za bardzo cenny środek odżywczy. *A.*

Leczenie uporczywych i opierających się wszelkim sposobom owrzodzeń kiłowych, tak pierwotnych, jak i następowych, promieniami Röntgena poleca na podstawie swego doświadczenia Prof. Buschke (Berlin). (*Ther. der Geg.* 1909) Nr 1). *A.*

Uśpienie od strony kiszki stolcowej poleca przy operacyach w ustach i na szyi Dumont. (*Kor. f. Schw. Aerzte* Nr 14). *A.*

Ochronne szczepienia podług Wrighta stosuje przed operacyami z pomyślnym skutkiem Pray. Tak n. p. celem zapobieżenia zapalaniu płuc po operacyach zaszczepia P. na tydzień przed operacyą podług Wrighta drobnoustroje ropne, podobnie przed zabiegiem w tych przypadkach, gdzie z powodu osłabienia, cukrzycy i t. p. spodziewać się należy powikłań ropnych. Przed operacyami na przewodzie pokarmowym oprócz tego zaszczepia P. jeszcze prątek okrężnicy. (*Edb. med. J.*, sierpień, 1908). *A.*

Przy ciężkich postaciach ropienia sutka zaleca Feinen sposób, zastosowany z bardzo dobrym leczniczym i kosmetycznym skutkiem przez Bardenheuera. Zamiast cięć promienistych od zewnątrz prowadzi się od dołu lub w razie potrzeby w innem miejscu cięcie półkoliste na brzegu przyczepu sutka, sutek odpreparowuje się od powięzi piersiowej, ognisko otwiera się od tyłu i tamże sączkuje. (*D. Z. f. Chir.* T. 94, Z. 3—4). *K.*

W przypadkach zakażenia połogowego na tle paciorkowców poleca Meissl wstrzykiwania od 20—40 ctm surowicy ozdrowieńców z tegoż cierpienia. (*Wiener kl. Wochs.* Nr 1). *A.*

Przepuklinę pępkową operuje Lexer w ten sposób, że najpierw zakłada przez całą grubość powłok podskórnie luźno szew kapciuchowy naokoło przepukliny, potem osobnymi szwami zeszywa otrzewnę i powięź, wtedy dopiero zaciąga szew kapciuchowy i w końcu zeszywa powięź przednią mięśni prostych powyżej i poniżej szwu kapciuchowego, a wreszcie skórę. Podług Ebnera (*Beitr. z. kl. Chir.* T. 59., Z. III.), wyniki tego sposobu są bardzo dobre. *K.*

Przy złamaniach szyjki kości udowej zaleca Delbet (Paryż) zbijanie szyjki i główki zapomocą gwoździ bez otwierania stawu. Przy pewnej wprawie udaje się wykonać ten zabieg łatwo nawet w znieczuleniu miejscowem, a daje on wyniki znakomite. (*Pos. Akad. med.* 3. XI. 1908). *I.*

W przypadku bardzo ciężkiego zniekształtniającego zapalenia kręgosłupa uzyskał Müller znakomity wynik po wstrzykiwaniach fibrolizyny. (*Med. Klin.* Nr 3). *A.*

Bardzo dogodny elektroskop do badania cewki i pęcherza i wykonywania w nim zabiegów podał Brünings z Fryburga. Zaleta tego przyrządu polega na tem, że źródło światła przez odpowiednią konstrukcyę lamp znajduje się na zewnątrz i to w dość wielkiej odległości, przez co jasność pola widzenia nie zmniejsza się zależnie od odległości, dalej przyrząd sam można dokładnie wyjaławiać i doskonale w nim operować, a wydzieliny i zanieczyszczenia nie przeszkadzają w oświetleniu. (*Münch. med. Wochs.* Nr 2). *A.*

Rany postrzałowe z nowoczesnej broni są w wielu przypadkach lżejsze, niż zranienia pociskami starego typu. To też dziwną co najmniej nazwać można broszurę Birchera, szwajcarskiego chirurga wojskowego. Domaga się on wprowadzenia na nowo pocisków większego kalibru, gdyż obecne, jak twierdzi, nie spełniają już swojego zadania, albowiem wywołują przeważnie tak lekkie zranienia, że połowa chorych przed upływem 3 miesięcy powraca pod broń. Wojna podług Birchera powinna pozostać wojną i słusznie powiedział Napoleon: »Jeżeli ktoś jest opętany ludzkością i tylko ludzkością, to nie powinien prowadzić wojny«. *X.*

Choroby powstałe „z zaziębienia" uważa Binder za samozatrucia ustroju, powstałe w usposobionych do tego narządach przez zatrzymanie prawidłowych, a wytworzenie szkodliwych produktów przemiany materyi wskutek niedokładnego przystosowania się własności wydzielniczej skóry. Hartowanie się polega właśnie na stworzeniu dokładnego odczynu skóry na zimno. (*Allg. Mil. Zeitg.*, str. 14). *A.*

Higieniczny podkład do ubrań z płyt lub mąki korkowej wyrabia Schaller w Schnölln. Podkład ten zatrzymuje znakomicie ciepło, a równocześnie dozwala na przewiew skóry; nadaje się do pasów, gorsetów, do ubrań osób, skłonnych do zaziębień i pocenia się i t. p. *A.*

Przyrząd do odkażania wielkiej ilości książek na raz podał Gärtner (Jena). Na 1000 książek potrzeba 7 litrów wyskoku. Odkażanie 4000 tomów trwa 10 godzin. (*Zft. f. Hyg. u. Inf.* 1908, T. 62). *A.*

Tryparosan, przetwór parafuchsyny (halogeniertes Parafuchsin) jest według Roehla bardzo dzielnym środkiem leczniczym przeciwko śpiączce afrykańskiej, a znacznie mniej trującym od samej parafuchsyny, przez co bezpiecznie stosować go można zwłaszcza w kombinacyi z przetworami arsenu. (*Tow. lek. Frankfurt n. M.* 19. X.). *A.*

Kinematograf oddaje obecnie zdaniem Grütznera medycynie i naukom przyrodniczym nieocenione usługi. Zapomocą niego możemy zwalniać lub przyspieszać daną czynność i przez to śledzić dokładnie n. p. ruch skrzydeł owadów, robaczkowy ruch jelit n. p. żaby, przebieg jakiejś operacyi, odprowadzania zwichnięć, przebieg porodu i t. p. — W dyskusyi dodał Sellheim, że może uda się zapomocą promieni Röntgena przedstawić w kinematografie dokładnie przebieg całego porodu w łonie matki. (*Tow. lek. Tübingen* 23. XI.). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 27 stycznia 1909 r.

Przewodniczący Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 37.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący dziękuje za okazane mu wyborem na prezesa zaufanie.

3) Prezes odczytuje list Dra Ziemackiego z Petersburga z podziękowaniem za nadesłane mu powinszowanie.

4) Prezes przedstawia imieniem komitetu Towarzystwa na członków honorowych Towarzystwa Prof. Marsa ze Lwowa, który pierwszy powziął myśl wystawienia własnego domu Towarzystwa w Krakowie i energicznemi staraniami zgromadził znaczną na to kwotę i Prof. Głuzińskiego, jako wielce dla krakowskiego Towarzystwa zasłużonego. W myśl statutu głosowanie nad tym wnioskiem odbędzie się na następnem posiedzeniu.

5) Zgłaszają się na członków Towarzystwa następujący koledzy: Sędzielowski Józef, Pretzel Gustaw, Merunowicz Tadeusz, Mirtenbaum Leon, Dundaczek Franciszek, Kozaczka Adam i kol. Tomasz Janiszewski, który należał dotychczas do Tow. lek. gal. — Koledzy ci zostali jednomyślnie przyjęci.

6) Kol. Jarecki przedstawia przypadek **przebicia szyjki macicznej przy poronieniu w 5. miesiącu ciąży.** Chora w 5. miesiącu ciąży doznała silnych bólów o charakterze bólów porodowych i krwotoku, utrzymującego się przez dwa tygodnie, poczem wystąpiły silne upławy. Badanie wykazało macicę nieco powiększoną i u podstawy przymacicza prawego tuż obok szyjki naciek wielkości orzecha włoskiego, W szyjce zauważono kość

płaską czaszki. Przy sondowaniu wykazano związek między jamą macicy, a wspomnianym naciekiem, w nacieku zaś cały szereg kosteczek, które po nacięciu szyjki usunięto. — Prof. Dobrowolski zapytuje czy nie było śladów *abortus artificialis*; kol. Jarecki zaznacza, że, jakkolwiek miał w tym kierunku podejrzenie, nic pewnego dowiedzieć się, ani stwierdzić nie było można.

7) Kol. Schlank w zastępstwie nieobecnego Prof. Rosnera opisuje **przypadek gorączki w połogu** (septico-pyaemia), w którym wykazano paciorkowce hemolityczne, które stanowią zły znak prognostyczny i przedstawia płytkę Petriego z krwią i charakterystycznemi na niej hodowlami, jakoteż stąd osiągnięty preparat drobnowidowy.

W dyskusyi zaznacza Prof. Bujwid, że dzisiaj chcą na zasadzie hemolizy rozdzielać paciorkowce co do ich jadowitości, lecz sądzi, że ta cecha jest nie stałą. Co do surowicy, to należałoby oznaczać opsoniny, co jednakowoż na razie jest niewykonalne. — Prof. Kader stosował dużo różnych surowic przeciwpaciorkowcowych i na swej klinice czynił z niemi doświadczenia; uważa, że przedewszystkiem usuwa się wstrzyknięciem zapobiegawczem zakażenie otrzewne przy zabiegach operacyjnych. — Kol. Mięsowicz w 20 przypadkach posocznicy, w których zawsze wykazano paciorkowce we krwi, nie widział nigdy żadnego wyniku po wstrzyknięciu surowicy.

8) Prof. Kader przedstawia a) przypadek **nefrotomii,** wykonanej z powodu krwawień z jednego moczowodu z bardzo dobrym wynikiem; badanie drobnowidowe stwierdziło zapalenie nerki; b) chorego z bardzo **ciężką rozedmą płuc**, u którego wykona resekcyę żeber (kości) po obydwóch stronach.

9) Kol. Radliński mówił: **O określaniu dolnej granicy żołądka dla celów praktycznych.** R. omawia we wstępie sposoby, do tego celu stosowane i podnosi, że sama już ich liczba i zjawianie się coraz nowych sposobów dowodzi, że żaden nie daje wyników zupełnie pewnych, lub też, że dokładne sposoby są kłopotliwe i trudne. Wspomina o sposobie Boasa (wymacywanie miękkiej sondy gumowej, wprowadzonej do żołądka i leżącej wzdłuż wielkiej krzywizny); dalej o wypukiwaniu z wydymaniem żołądka powietrzem i napełnieniem okrężnicy poprzecznej wodą; dalej o wypukiwaniu żołądka z jednoczesnem osluchiwaniem zapomocą ustawionej w środku powierzchni żołądka słuchawki lub fonendoskopu i stwierdzaniu granic żołądka tam, skąd już opukiwanie przestaje być słyszalne; dalej o osłuchiwaniu szmeru powietrza, wpędzanego do żołądka przez zgłębnik zapomocą balonu Politzera — szmer ten przestaje być słyszalny z chwilą przejścia słuchawką poza granicę żołądka. Wspomina o diofanoskopii i rentgenoskopii. Rentgenoskopia, polegająca na oglądaniu na ekranie przebiegu i ułożenia mieszanki bizmutowej, wprowadzonej do żołądka, daje z jednej strony wyniki bardzo dokładne, z drugiej pozwala rostrzygnąć różnicę zdań autorów, z których jedni uważają za prawidłowe ułożenie żołądka bardziej poziome, drudzy — bardziej pionowe; są to mianowicie różne fazy ruchu robaczkowego żołądka i oba te położenia mogą na tym samym żołądku być spostrzegane. Wreszcie wspomina R. o sposobie, podanym przez Mayera, polegającym na połykaniu małego magnesu na nitce i określaniu jego położenia przy pomocy odchylenia igły magnetycznej na busoli.

Od szeregu lat dla określenia dolnej granicy żołądka R. stosuje sposób Obrazcowa z Kijowa, nazwany przez autora »palpacyą perkusyjną«. Sposób ten polega na wyzyskaniu tej właściwości każdego prawidłowego nawet co do wymiarów i położenia żołądka, że można w nim przez uderzanie powłok brzusznych wywołać pluskanie. O ile pluskania nie otrzymujemy, polecamy choremu wypić szklankę wody i wtedy otrzymamy pluskanie zawsze, szczególnie o ile lewy łuk żebrowy przygniemy lewą ręką w dół i ku linii środkowej; przez to przygięcie łuku żebrowego wypychamy poniekąd z pod niego podżebrową część żołądka, ułatwiając niezbędną do obmacywania ruchomość ściany brzusznej. W warunkach tych pluskanie powstaje zawsze tak dalece, że niestwierdzenie pluskania nasuwa myśl o chorobowem zmniejszeniu jamy żołądka, jak to bywa przy zwężeniach przełyku lub wpustu. Samo określenie dolnej granicy wykonuje się— po podaniu wody, o ile trzeba, i zawsze po uciśnięciu łuku żebrowego lewego, — przez rytmiczne i szybkie wpuklanie ręką o palcach zgiętych i ustawionych w jednej linii, ściany brzusznej ponad żołądkiem do jego jamy, przyczem powstaje słyszalne uchem i palcami wyczuwalne pluskanie. Posuwając się z ruchami wpuklania ku dołowi, dochodzimy do miejsca, gdzie wprawdzie pluskanie jeszcze słyszymy, ale już go nie czujemy; i to jest granica dolna jamy żołądka. (Przedstawiene metody na chorej o prawidłowym żołądku). Sposób bardzo prosty, łatwo przy pewnej wprawie wykonalny i nie wymagający żadnych szczególnych urządzeń i przygotowań, a pewny tak dalece, że nigdy nie wprowadził w błąd w tych przypadkach, które były następnie operowane i w których o granicy dolnej żołądka można było się naocznie przekonać. Niewykonalnym być może ten sposób czasem u osobników o nadmiernie grubej ścianie brzusznej, dalej tam, gdzie istnieje »obrona mięśniowa« (défense musculaire) z powodu podrażnienia otrzewnej przez sprawę chorobową i wreszcie w razie płynnej zawartości w okrężnicy, jak to bywa po podaniu środków przeczyszczających. W tym przypadku należy odpowiednio wybrać chwilę do badania (przed albo po zupełnie dokonanem przeczyszczeniu); pewna wprawa pozwoli jednak i tu przeważnie odróżnić wielkofaliste pluskanie żołądkowe od drobnofalistego jelitowego.

W dyskusyi kol. Mięsowcz podnosi, że metoda ta daje dużo mylnych wniosków. — Kol. Blassberg uważa metodę Mayera określania dolnej granicy żołądka zapomocą magnesu za wiele lepszą.

W zakończeniu odpowiada kol. Radliński kol. Mięsowiczowi, że o ile prawidłowy i pusty żołądek oczywiście pluskania nie daje, o tyle da go zawsze po podaniu szklanki wody, — co do metody, jako czynnik stały, należy. Kol. Blassbergowi odpowiada, że sposób Mayera z magnesem i igłą busoli zna tylko z piśmiennictwa i wita w nim przejście do matematycznie ścisłych sposobów badania. Teoretycznie jednakby podniósł, że mały magnes, połknięty, może ułożyć się w wysokich fałdach śluzówki żołądka nie zawsze na samej dolnej granicy, ale wyżej, na prawo lub na lewo, co może badanie tym sposobem conajmniej utrudnić, jeżeli już nie wprowadzać w błąd.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

II. Posiedzenie naukowe z d. 29 stycznia 1909.

I. Prof Barącz przedstawia **preparaty promienicy** z przypadków, omawianych na ostatniem posiedzeniu.

II. Dr Kielanowski przedstawia mężczyznę 32-letniego, który jako chłopiec 12-letni stracił zarost na wszystkich miejscach skóry, prawidłowo porośniętych. To **wyłysienie ogólne** odnosi K. do zaniku skóry.

III. Dr Rydygier jun. przedstawia 3 chorych, u których przed 10 dniami dokonano **wycięcia gruczołu krokowego sposobem L. Rydygiera.** Następnie omawia krytycznie sposoby leczenia przerostu tego gruczołu, a więc leczenie dyetetyczne, operacyę na jądrach (wytrzebienie, wycięcie nasieniowodu), założenie przetoki nadłonowej, przyszycie pęcherza sposobem Kryńskiego i Goldmanna, prostatotomia (Merciera i Harrisona i i.), całkowite wycięcie gruczołu krokowego, wreszcie podane w r. 1900 przez L. Rydygiera częściowe wycięcie śródtorebkowe. Ta ostatnia operacya pozwala choremu siadać już dnia następnego, (co wobec podeszłego wieku chorych jest ważną rzeczą), nie uszkadza nasieniowodów, pęcherza i t. d. Wspomina wreszcie R. o leczeniu przerostu sterczu promieniami Röntgena. — Dyskusya: Prof. Herman podnosi zalety sposobu Freyera, którym posługiwał się w 3 przypadkach przez siebie operowanych. Sposób Rydygiera niewątpliwie duże ma zalety, ale technicznie jest bardzo trudny do wykonania i nie pozwala na tak łatwy wypływ treści pęcherza, jak sposób Freyera. — Prof. Rydygier nie zgadza się ze zdaniem Hermana; statystyka wykazuje, że operacya Freyera daje gorsze wyniki, a nadaje się jedynie do przypadków późnych i z przerostem średniego płatu.

IV. Prym. Pisek: **O nowym sfigmomanometrze.** Prelegent omawia sposoby bezkrwawe mierzenia ciśnienia tętniczego. Wspomina o sfigmanometrach Buscha, Potaina, Verdina, Blocha i i., mówi o używanych obecnie, jak Riva-Rocci, Gärtnera, gdzie oceną jest ucisk, potrzebny dla zamknięcia światła naczynia, wreszcie omawia szerzej sfigmanometr Herza (opisany w Münch. med. Wochs. Nr 49, 1908), przedstawiając sposób użycia tego przyrządu. Prelegent wykonał kilkaset zdjęć; przytacza niektóre cyfry, podnosząc, że cyfry z lewej ręki były w $^{4}/_{4}$ przypadków niższe. Jakkolwiek przyrząd łatwo się psuje, to jednak P. sądzi, że sfigmanometr ten w praktyce okaże się użytecznym. — Dyskusya: Prof. Beck podnosi, że wszystkie przyrządy, które nie są przykładane do obnażonej tętnicy, są źródłem licznych

błędów. Przedstawiony przyrząd Herza ma wiele stron ujemnych i nie daje się dobrze przycisnąć do tętnicy, za wiele z nim jest zachodu. — Dr Feuerstein J. nie widzi nowych korzyści w stosowaniu przyrządu Herza. Kalibrowanie do 200 mm ciśnienia zajmuje przestrzeń zaledwie kilku ctm., wobec czego wahania i błędy w odczytaniu mogą być znaczne. F. poleca przyrząd Riva-Rocci, zmieniony przez Sahliego. — Również Prof. Rencki zaznacza, że przyrząd Herza, jak się przekonał, daje dużo omyłek. — Prof. Kadyi wyjaśnia różnice ciśnienia w tętnicach obu kończyn górnych.

V. Prof. Rydygier zwraca się do obecnych z prośbą **o zajęcie się zdrojowiskami krajowemi** i ich obroną, a zwalczaniem wysyłania chorych do zagranicznych miejscowości; sprawę tę porusza już teraz, uważa bowiem czas obecny za najodpowiedniejszy do odpowiednich przygotowań. W odpowiedzi zawiadamia przewodniczący, że sprawą tą zajmie się Zarząd Towarzystwa. *Nowicki.*

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Posiedzenie I. z d. 7. stycznia 1909.

1. Nekrologia zmarłych członków: Prof. H. Hoyera (J. Tur) i Prof. K. Jurkiewicza (J. Lewiński).
2. Przemowa inauguracyjna p. Z. Weyberga: »Sprawa kryształów w świetle badań lat ostatnich«.

Komunikaty P. St. Miklaszewskiego w imieniu p. Stef. Wrońskiego, p. T. Banachiewicza, Wł. Gosiewskiego i St. Miklaszewskiego przekraczają ramy »Przeglądu lekarskiego«. *Jan Tur.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

Kiedy w r. 1907 doszły do publicznej wiadomości zasady, na których oparta być miała państwowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, (mianowicie ogłoszone w »Österr. Sanitätswesen« orzeczenia departamentu sanitarnego ministerstwa spraw wewn. i Najwyższej Rady zdrowia — por. »Przegląd lek.« 1907, Nr 41—43), wówczas powstały obawy, że na tych zasadach osnuta ustawa nie będzie pod niektórymi względami odpowiednia dla stosunków naszego kraju (por. »Przegląd lek.« 1907, Nr 45—49). Towarzystwo lekarskie krakowskie, rozpatrzywszy rzecz na osobnem posiedzeniu, rzuciło wówczas myśl zwołania ankiety celem dokładnego zbadania sprawy i podjęło odpowiednie starania; do ankiety jednak wówczas nie doszło, gdyż według udzielonych Towarzystwu przez Namiestnictwo wyjaśnień (pismo Namiestnictwa z d. 3. marca 1908, L. 23.793/VI. B.) istniała nadzieja, że ustawa będzie zaprojektowana w zarysach tak ogólnych, iżby stosunki poszczególnych krajów mogły być uwzględnione w rozporządzeniach wykonawczych do ustawy.

Projekt ustawy, wniesiony przez Rząd do Izby Panów z końcem roku zeszłego, pod niektórymi względami nadzieje te spełnił, pod innymi jednak obaw, przez nas przed dwoma laty wyrażonych, nie usunął. To też z żywem zadowoleniem i szczerem uznaniem powitano wiadomość, że Wydział krajowy zwołuje ankietę celem dokładnego zbadania projektu ustawy ze względu na interesa kraju.

Ankieta ta odbyła się we Lwowie w d. 16. i 17. stycznia r. b. pod przewodnictwem szefa departamentu sanitarnego Wydziału krajowego, Dra Bernadzikowskiego, a przy udziale krajowego referenta sanitarnego R. Dw. Dra Merunowicza, członków Najwyższej Rady zdrowia Prof. Kostaneckiego i Prof. Łukasiewicza, członków krajowej Rady zdrowia: Prof. Browicza, Prof. Kucery, Dra Łuszczkiewicza i Dyr. Dra Starzewskiego, prezesów obu Izb lekarskich: Dra Festenburga i Dra Schoenguta, referenta departamentu gminnego Wydz. kraj. p. Latoszyńskiego, dalej Dra Mikołajskiego, sekretarza Wydz. kraj. Dra Gruińskiego i piszącego te słowa. Dwudniowe tej ankiety obrady dotknęły wszystkich stron sprawy i oświetliły te szczegóły, które kraj nasz specyalnie obchodzą. Przed przytoczeniem jednak wyników tych obrad, których zestawienie powierzono piszącemu te słowa, należy zapoznać się w streszczeniu z osnową samegoż projektu ustawy.

Cały projekt dzieli się na 4 części. Rozdział I. dotyczy stwierdzenia choroby.

Przedewszystkiem (w § 1.) wyliczono choroby, podlegające obowiązkowi donoszenia, a mianowicie: mór, cholerę, ospę, dur osutkowy, trąd, żółtą gorączkę, dur powrotny, dur brzuszny, czerwonkę, płonicę, błonicę, nagminne zapalenie opon, wąglika, nosaciznę, wodowstręt i przypadki pokąsania przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. W ustępie drugim postanawia ten §, że każda inna choroba może być w drodze rozporządzenia zaliczona do podlegających obowiązkowi donoszenia, (ogólnie lub na pewien czas i dla pewnych okolic), jeżeli wystąpi wśród takich objawów, które wzbudzają obawę znaczniejszego jej szerzenia się w sposób niebezpieczny.

§ 2. (Donoszenie). § ten nakazuje o każdym przypadku choroby, śmierci z choroby zakaźnej (podlegającej obowiązkowi donoszenia) lub podejrzanym donosić niezwłocznie naczelnikowi gminy, w której przypadek zaszedł, z podaniem, o ile możności, nazwy choroby. Obowiązek donoszenia nastaje, skoro tylko osoba, do donoszenia obowiązana, o odpowiednim przypadku się dowie lub też może przypuszczać taki przypadek na podstawie swych wiadomości zawodowych lub okoliczności towarzyszących, dla każdego łatwych do poznania. Formę doniesienia oznaczą rozporządzenia.

§ 3. Wymienia osoby, obowiązane do donoszenia, w porządku następującym: 1) przywołany lekarz, w szpitalach i zakładach humanitarnych ich kierownik lub obowiązany do tego osobnymi przepisami kierownik oddziału; 2) zawodowi dozorcy, pielęgnujący chorego; 3) właściciel gospody lub szynku, lub jego uprawniony zastępca co do osób, w gospodzie zamieszkałych; 4) kierownicy zakładów naukowych i ogródków freblowskich co do uczniów; 5) głowa domu, kierownik zakładu, lub ich zastępca, 6) właściciel mieszkania; 7) właściciel domu; 8) oglądacz zwłok. Osoby pod 2—7 obowiązane są do donoszenia tylko w braku osób pod 1—6 wymienionych, (a więc tylko pomocniczo).

§ 4. I. Doniesienie do władz sanitarnych. Naczelnicy gmin, nie mających spraw administracyjno-politycznych we własnym zakresie działania, mają robić doniesienia niezwłocznie do władz politycznych powiatu. II. O zachorowaniach na mór, cholerę, ospę i dur osutkowy lub przypadkach podejrzanych mają naczelnicy gmin i lekarze, resp. kierownicy zakładów (§ 3. I.) donosić władzom powiatowym, a z miast o własnym statucie władzom politycznym krajowym natychmiast telegraficznie, telefonicznie, a gdy to niemożebne, przez umyślnego posłańca.

§ 5 nakazuje co do każdego doniesienia i przypadku podejrzanego zarządzić natychmiast dochodzenia i badania celem sprawdzenia stanu rzeczy. Sekcye i badania części zwłok mogą nastąpić tylko na zarządzenie władzy politycznej.

Rozdział II. dotyczy urządzeń celem zapobiegania i zwalczania chorób, podleg. obow. donoszenia.

§ 6 nakazuje wszystkim władzom i korporacyom publicznym (öff. Körperschaften) w zakresie ich kompetencyi starać się wszystkimi środkami o stworzenie urządzeń i zarządzeń, zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się chorób, podleg. obow. donoszenia.

§ 7. W każdym przypadku choroby p. o. d. lub podejrzanym mają być niezwłocznie na czas trwania niebezpieczeństwa zarażenia się zastosowane środki, konieczne do zapobieżenia szerzeniu się choroby. Zarządzenia, przeznaczone do wiadomości publicznej, mają być w każdej gminie zajętego obszaru ogłoszone w sposób, miejscowym zwyczajem przyjęty.

§ 8. I. Te choroby, przy których chorzy mają być odosobnieni, oraz sposób przeprowadzenia tego odosobnienia w różnych chorobach, będą określone drogą rozporządzenia. II. Jeżeli odpowiednie odosobnienie w mieszkaniu chorego jest niewykonalne lub go nie dokonano, wówczas chory ma być przeniesiony do szpitala lub innego odpowiedniego lokalu, o ile to nie grozi choremu szkodą. III. W tym celu powinny być odpowiednie lokale wcześnie zabezpieczone. IV. Zresztą (poza postanowieniami ustępu II.) może być chory przenoszony tylko za zezwoleniem władz z zachowaniem przepisanych przez władzę ostrożności. (V. ustęp tego § określa warunki wydania takiego zezwolenia przez władze).

§ 9 nakazuje odkażanie przedmiotów i lokalów zakażonych lub podejrzanych. Jeżeli odkażenie jest niemożliwe lub za

kosztowne w porównaniu do wartości przedmiotu, to można go zniszczyć. II. Przedmiotów podejrzanych przed odkażeniem lub zniszczeniem z mieszkania usuwać nie wolno. III. W miarę potrzeby ma odkażeniem pokierować zawodowiec. IV. Dokładne przepisy o sposobie odkażania wydane będą drogą rozporządzenia.

§ 10. przepisuje wyłączenie mieszkańców domów lub miejscowości zakażonych od uczęszczania do szkół.

§ 11. I. W miejscowościach zakażonych, zagrożonych, i w ich sąsiedztwie może być zakazane lub ograniczone używanie publicznych łaźni, pralni i wychodków, a zarządzone oczyszczenie wychodków, dołów, kanałów, stajni. II. Wobec cholery, duru osutkowego i brzusznego i czerwonki może być zakazane lub ograniczone używanie wody ze źródeł, studzien, wodociągów, potoków, stawów. III. Zakazy te nie dotyczą wody, używanej jako siły popędowej i do celów przemysłowych.

§ 12. zezwala zakazać lub ograniczyć wywóz środków żywności z miejscowości i domów, dotkniętych dżumą, cholerą, ospą, durem brzusznym, czerwonką, płonicą, błonicą.

§ 13. przepisuje zamknięcie zakażonych lub podejrzanych mieszkań przed dokonaniem odkażenia w przypadkach moru, cholery, ospy i duru osutkowego; w domach takich nie wolno urządzać styp i t. p. Podobny zakaz może być wydany i wobec innych chorób drogą rozporządzenia.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Wydział Stowarzyszenia krawców w Krakowie ogłosił konkurs na posadę lekarza Kasy chorych uczniów krawieckich. Izba lekarska wzywa wszystkich kolegów, aby się bez poprzedniego porozumienia z Izbą lekarską nie ubiegali o tę posadę, ze względu na to, że zajmującemu ją dotychczas Drowi Smolarskiemu wypowiedziano bez żadnych powodów.

Dr Askermann mp. *Dr Schoengut* mp.

Związek krajowy lekarzy galicyjskich ostrzega PP. Kolegów przed przyjęciem posady przy Kasie chorych dla uczniów cechu krawieckiego w Krakowie, gdyż posadę przy tejże Kasie wypowiedziano kol. Władysławowi Smolarskiemu bez żadnych powodów.

Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

Zebranie delegatów państwowego Związku austr. organizacyi lek. postanowiło co do bojkotu następujące zasady: 1) Wolno przestrzegać przed obejmowaniem posad, nie dających możności utrzymania, zwłaszcza jeżeli posada ta jeszcze szkodzi okolicznym kolegom. 2) Bojkot miejsca jest dozwolony, a) jeżeli przedtem usunięto z posady niesłusznie jednego lub kilku kolegów; b) gdy poprzedni lekarz sam wypowiedział miejsce z powodu małej płacy, bo objęcie takiego miejsca przez kogo innego byłoby licytacyą »in minus«; c) w razie sporu poprzedniego lekarza z daną korporacyą na tle stosunków ekonomicznych stanu lekarskiego. *X.*

Zakaz sprzedaży przetworu tajnego »Miraculo« Dr Müllera, wyrabianego przez Stahna w Berlinie, wydało austr. ministerstwo spraw wewn. (rozp. z 19. XII. 1908. L. 37.780). *X.*

Zakaz sprzedaży przyrządu »Hörtrommel« J. Landaua w Wiedniu wydało austr. ministerstwo spraw wewn. (Rozp. Nam. z 2. II. 1909. L. 13.735), ponieważ według orzeczenia Najw. Rady zdrowia przyrząd ten przy niestosownem użyciu może wywołać ciężkie następstwa dla zdrowia. *R.*

Nowe określenie taryfy lekarskiej podjęła w Prusiech na żądanie Izb lekarskich osobna komisya, wybrana w r. 1907. Za najniższą dozwoloną należytość za pierwszą poradę uznano 1 markę, a 1·50 za pierwszą wizytę u lekarza w godzinach ordynacyjnych. Za odwiedzenie chorego w dzień pierwszy raz 2 m, potem po 1·50 m. Wizyty nocne (od 7 wieczorem do 9 rano) 3—6 marek. Wynagrodzenie należy się także wtedy, jeżeli wezwano lekarza bez potrzeby i to w tej samej wysokości, co za zwykłą wizytę. Specyalne badania (wziernikami i t. p.) muszą być osobno wynagradzane (minimum 2 marki). Za operacyę podniesiono także dotychczasową taryfę: 1) za usuwanie guzów z otwarciem jam ciała 50—500 m., 2) za obecność przy porodzie prawidłowym 5—50 m., 3) cięcie cesarskie 100—1000 m., 4) operacya katarakty 50—500 m. i t. p. Nowy projekt zajmuje się także taryfą specyalistów, lekarzy znawców i t. p.; podniósł on głównie ceny maksymalne, przez co chorzy mniej zamożni na tem nic cierpieć nie będą. *Kl.*

W sprawie stosunku lekarzy do reformy postępowania karnego przemawiali na międzynarodowym Zjeździe kryminalistów w Berlinie Leppmann i Aschaffenburg. Pierwszy żądał większego uznania ze strony sędziów dla orzeczeń lekarskich, dalej możności przeglądania aktów, wypytywania świadków i oskarżonego, w ogólności ułatwiania przez sąd zadania znawcy. Lekarz nie powinien być równocześnie świadkiem i znawcą. Wynagrodzenie znawców powinno być odpowiednio uregulowane. Aschaffenburg omawiał głównie zagadnienia psychiatryczno-sądowe, jak potrzebę przedłużenia okresu badania umysłowego, zwracania przy przesłuchiwaniu świadków uwagi na to, czy dany osobnik wogóle jest zdolny do logicznego sądu i spostrzeżeń, dalej omawiał sprawę wprowadzenia osobnych sądów dla młodych przestępców, w których zasiadać powinny i kobiety, a wreszcie sprawę psychiatrycznego wykształcenia sędziów. *X.*

O warunkach przesiedlania się lekarzy do obcych państw podaje dokładne wiadomości dziełko Schwalbego: »Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande«. (Thieme, Lipsk, cena 3 m. 50 f.). *X.*

Składka noworoczna na fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach (c. d.).

Po 3 korony: Dr Podobiński, Kuczewski, C. Komorowski, O. Rappaport, l. szt. Dr Frauenglas, Pawlicki.

Po 2 korony: Dr Owsiński, Murczyński, Radliński, Morawski, Poźniak, K. Rutkowski, Dundaczek, Prof. Lewkowicz, Dr S. Aronsohn, Tyszecki, Krokiewicz, Kacki, Chomin, Mehrer, I. Aronsohn, Pachoński, Eichhorn, Prof. Baurowicz, Dr Talko Hryncewicz, Opolski, L. Feuerstein, Wiktor Reiss, Dekański, l. szt. Dr Błachowski, Prof. Sołowij, Dr Kostrzewski, Prof. Dobrowolski, Dr R. Spira, Dukiet, Kania, Budzyński, Pisek, L. Friedmann, J. Liebeskind, Skórczewski, Sabina Jeleńska Macieszyna, Immerglückówna, Mirtenbaum, Friediker, Benoni, Prof. Jakubowski, Dr S. Fuchs, Dr Fränkel, Teufel, Walczyński, Chramiec, O. Lang, Mallik, Radwańska, Wernikowski, Mahl, Prof. Halban, Dr H. Wein, Łuszczkiewicz, Tokarski, Seidler, Kalisz, Hernich, Prof. Kośmiński, Sternberg, A. Frank, Karaś, E. Ehrenpreis, Borysiewicz, Tiegermann, Kuźniar, Gawlik sen., J. Mehrer, Koeppel, Porycki, Kadyi, M. Bund, Drewiński, Chrząszczewski, Puza, A. Klein, Kibitz, Lic, Miczulski, B. Kijas, Schächter, Dmochowski, Hojnacki, Filipkiewicz, Baschkopf, Schmeidler, Margulies, Werner, Jodłowski, Lorentski, Ligięza, M. Kapellner, Wychowski, Kossak, J. Rosner, Leńko, Lukas, S. Lewicki, Krzyżanowski, Chotiner, Prof. Mars, Dr Muszkiet, Kraszewski, Greliński, Gąsiorowski, Bernadzikowski, Hoffner, Szadkowski. (c. d. n.).

O stosunkach zdrowotnych w Galicyi. Pod tym tytułem ogłasza »Kuryer Lwowski« (42) artykuł wstępny z powodu wydanego właśnie z druku »Sprawozdania krajowej Rady zdrowia za r. 1905«. Przytaczając nowe, w tym roku do sprawozdania wprowadzone wnioski kraj. Rady Zdrowia (O potrzebie ekspedycyi naukowej dla zbadania, pomnożenia sił lekarskich i utworzenia ruchomych kolumn sanitarnych [szpitali »latających«] dla zwalczania duru osutkowego), sądzi »Kuryer«, że i te nowe postulaty będą odtąd przez dziesiątki lat pokutowały na papierze— niespełniane, nawiązując do tego następującą słuszną uwagę: »A jeśli nas kto zapyta, kogo w pierwszym rzędzie o te zaniedbania oskarżamy, czy rząd, czy sejm, czy namiestnika, lub marszałka, odpowiemy: Nie! Głównymi winowajcami są tu posłowie zarówno do sejmu, jak do parlamentu centralnego, że dotąd najczęściej ignorowali zadania sanitarne, niesłychanie ważne, bo gdyby posłowie byli świadomi tych zadań i ich doniosłości, ani rząd, ani marszałek, ani namiestnik nie zdołałby wstrzymać ich naporu o naprawę złego. Powtóre winna prasa, która u nas sprawy sanitarne zbyt po macoszemu traktuje, nie stara się uświadamiać społeczeństwa o olbrzymich stratach ekonomicznych,

społecznych, moralnych, narodowych, które z zaniedbania w tej dziedzinie wynikają«. — Poważny ten, a zupełnie uzasadniony zarzut, uczyniony już dawniej w »Przeglądzie lek.« naszemu dziennikarstwu, może teraz silniej podziała, gdy go naszym dziennikom powtórzył jeden z ich grona i to ten właśnie, który pod tym względem jest jedynym wyjątkiem i istotnie wśród galicyjskiego dziennikarstwa politycznego pierwszy począł popierać postulaty sanitarne, podnoszone w pismach lekarskich. — »Cóżby dopiero zdziałać można drogą prasy« — kończy »Kuryer lw.« — »gdyby u nas, podobnie jak za granicą, każdy poważny dziennik posiadał fachowego referenta dla spraw sanitarnych, tak jak ma specyalnego sprawozdawcę dla polityki, sztuki, oświaty i innych działów aktualnych«. *R.*

Prasa na usługach walki z gruźlicą oddaje wielkie usługi w Belgii, gdzie w tym kierunku działa »Narodowa liga przeciwgruźlicza«. W jednej tylko sekcyi ligi, Namur, umieszcza 65 czasopism i dzienników stale agitacyjne. artykuły (dr Lefevrea) *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca roku 1908	427.796	228,000
W styczniu 1909	19,594	5,300
Razem	447,390	233,300

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 31. I. do 6. II. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 16, Markowa 10), Jaworów (Jazów stary 1), Kolbuszowa (Trzeboś 1), Kołomyja (Słobódka polna 9, Chomiakówka 4, Siemakowce 2, Debesławce 5), Kosów (Riczka 3, Sokołówka 1), Lisko (Ustyanowa 1), Rawa (Biała 2), Skałat (Orzechowiec 1, Rożyska 1), Skałat (Iwanówka 2), Sokal (Wolica kom. 1), Turka (Jabłonka w. 3, Butla 1), Wadowice (Przeciszów 1), Złoczów (Czyżów 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 31. I. do 6. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2, krztuśca — † 1, płonicy 23 † 1 (w tem obcych 2 † —), duru brzusznego 2 † 2 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. I. do 6. II. 1909 błonicy 10 † 1 (6 † —), krztuśca 1, płonicy 6, odry 8 † 1 (1 † —), duru brzusznego 9 (4). *Dr Sch.*

Dur powrotny w Łodzi. W Łódzkim szpitalu miejskim znajduje się od 30 stycznia r. b. 9 chorych na dur powrotny, stwierdzony klinicznie i bakteryologicznie. Przebieg dotąd łagodny — 1 zejście śmiertelne. Wszyscy chorzy dostali się do szpitala z miejscowego przytułku noclegowego. *Dr Trenkner.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 10. II. 1909 przedstawił Prof. Kostanecki nieprawidłowość zastawek tętnicy płucnej, Prof. Kader: znieczulanie »śródżylne« sposobem Biera (w którem wykonał przy końcu posiedzenia amputacyę), przypadki: podwiązania pękniętej tętnicy oponowej średniej, wyłuszczenia nerki z powodu wodonercza, resekcyi odźwiernika z powodu raka, bioder szpotawych, a Dr Radliński przypadek resekcyi żeber (części kostnych) przy rozedmie płuc i przypadek szczególniejszego uchyłka pęcherza.

— Magistrat zwołał na 9. lutego 1909 konferencyę w sprawie stałych dyżurów lekarskich w Pogotowiu ratunkowem. Konferencya doszła do wniosku, że obowiązków tych nie można nałożyć ani na lekarzy miejskich, ani na lekarzy policyjnych. Koszta dyżurów płatnych obliczono na 9000 koron rocznie i postanowiono zwrócić się do Towarzystwa Czerwonego Krzyża z zapytaniem, czyby się do kosztów nie przyczyniło stałą subwencyą.

— Stowarzyszenie »Schronienie nauczycielek i nauczycieli« w Zakopanem wydało VIII. sprawozdanie doroczne za r. 1907/8. Towarzystwo, zasługujące pod każdym względem na gorące poparcie, walczy z wielkiemi trudnościami finansowemi, które pokonywa tylko dzięki poświęceniu i zapobiegliwości osób, stojących na jego czele. Członków założycieli liczy Towarzystwo 17, wspierających 37, zwyczajnych 327, honorowych 2 (Dr Żychoń i p. Helena Surzycka). Rachunki Towarzystwa zamykają się w dochodach i rozchodach kwotą 15.692 koron. Fundusze Stowarzyszenia wynoszą 4122 koron. W Domu Zdrowia, utrzymywanym przez Towarzystwo w lokalu wynajętym, leczono w ostatnim roku 35 osób, z nich 28 z naciekami w szczytach, 7 z większemi zmianami; wyraźną poprawę osiągnięto u 28,6%, poprawę u 31,4%, stan się nie zmienił u 25,7%, pogorszenie nastąpiło u 11,4%. Na czele Stowarzyszenia stoi Dr Edmund Brzeziński, lekarzem Domu Zdrowia jest Dr A. Kuczewski.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Helena Kleinmann, rodem z Warzyc w Galicyi.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 6. II. 1909 sprawą instrukcyi dla lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich.

— Miejska komisya sanitarna zajmowała się na posiedzeniu w d. 6. II. 1909 sprawą zaopatrzenia wszystkich szkół w skrzynki ratunkowe i sprawą urządzenia obowiązkowych kursów pierwszej pomocy w nagłych przypadkach dla nauczycieli, dalej sposobem wywozu śmieci i odpadków, i zażądała, by jej przedłożono do rozpatrzenia regulamin dla rzeźników i masarzy, jako odnoszący się do kontroli nad środkami żywności.

— Pod kierunkiem Doc. Dra Kowalskiego powstaje we Lwowie zakład wodoleczniczy dla chorych dochodzących.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału matematyczno-przyrodniczego warszawskiego Towarzystwa naukowego w d 4. II. 1909 znajdowały się prace Dra J. Tura: »W sprawie stosunku wielkości ciała zarodka do masy żółtka«, M. Eigera: »Topografia wewnątrzsercowych zwojów nerwowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka« (przedstawił Prof. Przewoski), oraz prace S. Wrońskiego, Z. Woycickiego i W. Blumentalówny i Z. Weyberga z zakresu ściśle przyrodniczego.

— Według dzienników ma być w Warszawie otwarty państwowy Instytut dentystyczny z kursem czteroletnim; ukończenie Instytutu ma dawać prawo do wstąpienia na trzeci rok Wydziału lekarskiego. Instytutów takich ma powstać wogóle 6 (Petersburg, Moskwa, Warszawa, Kijów, Charków, Odessa), poczem mają być zamknięte wszystkie prywatne szkoły dentystyczne w państwie rosyjskiem.

Z różnych stron. Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie zamierza w najbliższym czasie urządzić szereg wykładów popularnych dla rodaków, których w Kijowie jest trzydzieści kilka tysięcy. Prócz tego pracują lekarze-Polacy na polu społecznem w wydziale lekarskim i wydziale letnisk rz.-kat. Towarzystwa dobr., w Towarzystwie polskich kolonii letnich (na kolonie letnie wysłano w r. b. przeszło 700 dzieci), wreszcie w Pogotowiu ratunkowem (Now. lek. 2).

— »Spolek českych lekařů« mianował swymi członkami zagranicznymi (přespolni) Doc. Chlumskyego w Krakowie i Prof. Kučerę we Lwowie.

— Główny komitet międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie prosi nas o przypomnienie, że rękopisy wykładów powinny być nadesłane do Biura Zjazdu (Budapest, VIII. Eszterházy-utca 7) najpóźniej do 28. lutego 1909. Wkładki uczestnictwa w Zjeździe w kwocie 25 koron należy przesyłać pod adresem: »Prof. Dr de Elischer, trésorier du Congrès intern. de méd. Budapest VIII. Esterházy-utca 7«.

— W berlińskiem seminaryum medycyny społecznej (Hackescher Markt 1) odbędzie się 17—30. IV. b. r. krótki kurs medycyny i higieny społecznej, a 1—15. III. b. r. kurs wykładów o udawaniu i przesadzaniu objawów chorobowych (oba kursa dla lekarzy niemieckich — bezpłatnie).

— Komisya oświecenia publ. Dumy państwowej rosyjskiej przyjęła wniosek rządu o założenie wszechnicy w Saratowie, na co przeznaczono po 3,200.000 rb. przez lat 5.

— W uniwersytecie kijowskim ogłoszono konkurs na katedrę chirurgii operacyjnej i anatomii topogr. Zgłoszenia do 20. marca 1909.

Mianowani: neurolog Gilbert Ballet, profesor historyi medycyny w Paryżu, przeszedł na katedrę psychiatryi; Dr P. Delbet, mianowany profesorem kliniki chirurgicznej, a Dr Hartmann profesorem chirurgii operacyjnej w Paryżu.

Zmarli:

Dr Leopold Glaser,

urodził się 8. października 1828 r. w Peszcie z rodziców niezamożnych; już w latach chłopięcych zmuszony był starać się

o swe utrzymanie. Gimnazyum skończył w Peszcie, poczem udał się do Wiednia na studya uniwersyteckie. Utrzymywał się tam z lekcyi, których udzielał za lichem, wówczas praktykowanem, wynagrodzeniem; przytem jak najpilniej korzystał z wykładów takich mistrzów, jak Skoda, Oppolzer, Hebra i w. i. Tak walcząc z przeciwnościami, uczestnicząc w zaburzeniach z r. 1848 jako członek legii uniwersyteckiej, otrzymał w r. 1854 dyplom doktorski. W tym samym roku wybuchła w Galicyi epidemia duru, a rząd, któremu chodziło wówczas jedynie o załogi wojskowe, wezwał młodych lekarzy do zwalczania epidemii. Między pierwszymi zgłosił się bł. p. Dr Glaser i wśród najtrudniejszych warunków objął służbę w przepełnionym szpitalu wojskowym w Jarosławiu, gdzie niebawem, zaraziwszy się sam, omal, że nie stał się ofiarą epidemii. Ustąpiwszy ze służby rządowej, praktykował Dr Glaser przez krótki czas w Dukli i w Jarosławiu, wreszcie osiadł na stałe w Tarnowie, gdzie przez lat czterdzieści i kilka wykonywał praktykę. Rodem Węgier, przecież usilną i wytrwałą pracą przyswoił sobie znakomicie język tego kraju, który za drugą ojczyznę sobie obrał i uważał, wychowując dzieci po polsku. Niezmordowany w pracy, niezwykłej zacności jako człowiek i lekarz, zdobył sobie powszechny szacunek współobywateli i kolegów, którzy w r. 1905 uczcili pięćdziesiątą rocznicę Jego doktoratu obchodem jubileuszowym. *Dr D.*

Dr Antoni Bronisław Broekere, wychowaniec wszechnic niemieckich, uczestnik powstania i więzień w r. 1863, w 66 r. ż. w Śremie w Poznańskiem; Dr W. Niedzielski, prosektor przy katedrze anatomii patologicznej w Kijowie.

Redakcya otrzymała: W. Puławski: Walka z chorobami zakaźnemi. Odb. »Zdrowie« 1908. — Osv. Gonc. Cruz: Relatorio da directoria geral de saude publica. Rio de Janeiro. 1908. 2 tomy z licznemi mapami i tabelami — VIII. Sprawozdanie Zarządu Stowarzyszenia »Schronienia Nauczycielek i Nauczycieli w Zakopanem« za r. 1907/8.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wykłady Prof. Dra E. Godlewskiego (jun.): »O prawach dziedziczności« i Dr T. Janiszewskiego: »O domach izolacyjnych«.

Walne Zgromadzenie Organizacyi lekarzy krakowskich odbędzie się w **Poniedziałek d. 15. lutego 1909 o godzinie 7 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybór Zarządu i delegatów na Walne Zgromadzenie Związku krajowego.

Koledzy, nie należący jeszcze do organizacyi, mogą do niej zgłaszać się przed Zgromadzeniem. Wydział Związku jak najgoręcej wzywa do tego tych Kolegów, którzy jeszcze do organizacyi nie przystąpili, gdyż ogólny stan spraw zawodowo-lekarskich w Austryi wymaga koniecznie niezwłocznego ukończenia organizacyi.

Sekretarz: *Weinsberg*. Prezes: *Wicherkiewicz.*

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich zawiadamia o nieodżałowanej stracie dwóch swoich członków, ś. p. Dra Sebastyana Macha i Emila Kozłowskiego.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fibrolizynę stosował Dr Georg Müller (*Mediz. Klinik* 1909 Nr 3) z dobrym wynikiem w ciężkim przypadku *spondylarthritis deformans*, uzyskując stosunkowo znaczną poprawę. Zastosował w ciągu miesiąca 20 wstrzyknięć po 2·3 g. przetworu Mercka w pośladki. Obok tego nie zaniedbywał innych środków pomocniczych. Leczenie jeszcze nie ukończone. *Mk. W.*

Veronal-Natrium fabr. Merck, skład chemiczny, działanie i zalety, opisuje Dr Ph. Fischer i Dr J. Hoppe (*Ther. d. Gegenw.* 1908 Grudz.). W szczególności zasługuje na uwagę rozpuszczalność leku w zimnej wodzie 1:5, co ułatwia stosowanie podskórne i przez odbytnicę. *Mk. W.*

»Dysphagietabletten« (wyrób firmy Dr Horowitza) poleca Dr Singer (Med. Blätter 1908. Nr 50). Kołaczyki te zawierają mentol i anestezynę wzgl. kokainę, obok tego środek poprawiający smak. Złożone są według dawnej zasady, że połączenie kilku podobnie działających leków w małych dawkach działa energiczniej, aniżeli duże dawki składników. Znieczulenie krótkotrwałe gardła i początku przełyku, wywołane przez kokainę, przedłuża się przez parowanie mentolu. Nadto pary mentolu wchodząc do jamy nosowo-gardłowej i do krtani, wywołują rozluźnienie śluzu, ułatwiając jego wydalenie. Działanie daje się porównać z wkraplaniami mentolu przy gruźlicy krtani. Kołaczyki znajdują zastosowanie przy przewlekłym nieżycie oskrzeli u ludzi starszych, przy przewlekłym nieżycie nosa i zapaleniu gardła. Dzieciom podaje się $1/4$—$1/2$ kołaczyka 2—3 razy dziennie.

Również przy ostrym nieżyciu żołądka poczyniono z powyższymi kołaczykami korzystne doświadczenia, podając 3 razy dziennie kołaczyk, rozgnieciony we wodzie. Wymioty i bolesność zazwyczaj się uspokajają.

Dr S. uważa te kołaczyki za cenny środek pomocniczy.

Fabryka wyrabia je w 2 odmianach: Nr I z kokainą Nr II bez kokainy. *Mk. W.*